



FACULTADE DE MEDICINA
E ODONTOLOXÍA

Traballo de
fin de grao

Suicidio en jóvenes en España

Suicide in young people in Spain

Suicidio en juvenes en España

Autoria: Rute Rita Leite Gonçalves

Titor/a/e(s): María Jesús Tabernero Duque

Departamento: Ciencias Forenses,
Anatomía Patológica, Ginecología, Obstetricia
y Pediatría/ Instituto de Ciencias Forenses

Julio 2022

Resumen

Las conductas autolesivas y suicidas son actualmente un problema de salud pública ineludible, con mayor repercusión en determinados sectores de la población. Se trata de fenómenos complejos que no dependen de una sola causa, sino que son el resultado final de múltiples interacciones entre factores genéticos, biológicos, psiquiátricos, psicológicos, sociales y culturales. En la adolescencia, el suicidio es una de las principales causas de muerte, y por ello esta revisión bibliográfica se centra en la búsqueda de información en relación con las conductas suicidas en esta franja de edad. Para ello, se ha hecho una revisión de las tendencias suicidas en adolescentes y los factores más directamente implicados (de riesgo, de protección y prevención), así como sobre la influencia de la pandemia COVID-19 en el momento actual. También se abordan las conductas autolesivas, aunque el enfoque principal se centra en los intentos de suicidio y el suicidio consumado. Los médicos generales tienen un papel fundamental en la detección de trastornos mentales y otros factores psicosociales que causan estrés en adolescentes. Sin embargo, resulta necesario incrementar la información y formación de todo el personal sanitario y no sanitario para combatir el estigma que sigue existiendo sobre este problema y conseguir una disminución del número de suicidios en este rango de edad. La identificación temprana y un correcto seguimiento pueden contribuir a la prevención de futuros actos suicidas. A pesar de la amplia información que existe sobre estos comportamientos, existen aspectos que necesitan más investigación. El desarrollo de iniciativas eficaces de prevención dirigidas a los jóvenes es una necesidad primordial, al igual que las medidas dirigidas al entorno familiar del adolescente.

Palabras clave: suicidio, adolescencia, comportamiento suicida, comportamiento autolesivo, epidemiología, factores de riesgo, Covid-19, prevención.

Abstract

Self-injurious and suicidal behaviors are currently an unavoidable public health problem, with a greater impact on certain sectors of the population. They are complex phenomena that do not depend on a single cause but are the result of multiple interactions between genetic, biological, psychiatric, psychological, social and cultural factors. In adolescence, suicide is one of the main causes of death, and for this reason this literature review focuses on the search for information related to suicidal behaviors in this age group. To this end, a review has been made of suicidal tendencies in adolescents and the factors most directly involved (risk, protective and preventive), as well as the influence of the COVID-19 pandemic at the present time. Self-injurious behaviors are also addressed, although the main focus is on suicide attempts and completed suicide. General practitioners have a key role in detecting mental disorders and other psychosocial stressors in adolescents. However, it is necessary to increase information and training of all health and non-health personnel to combat the stigma that still exists about this problem and to achieve a decrease in the number of suicides in this age range. Early identification and correct follow-up can contribute to the prevention of future suicidal acts. Despite the ample information that exists on these behaviors, there are aspects that need further research. The development of effective prevention initiatives aimed at young people is a primary need, as are measures aimed at the adolescent's family environment.

Key words: suicide, adolescence, suicidal behavior, self-injurious behavior, epidemiology, risk factors, Covid-19, prevention.

Resumo

As condutas autolesivas e suicidas son actualmente un problema de saúde pública ineludible, con maior repercusión en determinados sectores da poboación. Trátase de fenómenos complexos que non dependen dunha soa causa, senón que son o resultado final de múltiples interaccións entre factores xenéticos, biolóxicos, psiquiátricos, psicolóxicos, sociais e culturais. Na adolescencia, o suicidio é unha das principais causas de morte, e por iso esta revisión bibliográfica céntrase na procura de información en relación coas condutas suicidas nesta franxa de idade. Para iso, fíxose unha revisión das tendencias suicidas en adolescentes e os factores máis directamente implicados (de risco, de protección e prevención), así como sobre a influencia da pandemia COVID-19 no momento actual. Tamén se abordan as condutas autolesivas, aínda que o enfoque principal céntrase nos intentos de suicidio e o suicidio consumado. Os médicos xerais teñen un papel fundamental na detección de trastornos mentais e outros factores psicosociais que causan #estrés en adolescentes. Con todo, resulta necesario incrementar a información e formación de todo o persoal sanitario e non sanitario para combater o estigma que segue existindo sobre este problema e conseguir unha diminución do número de suicidios neste rango de idade. A identificación temperá e un correcto seguimento poden contribuír á prevención de futuros actos suicidas. A pesar da ampla información que existe sobre estes comportamentos, existen aspectos que necesitan máis investigación. O desenvolvemento de iniciativas eficaces de prevención dirixidas aos mozos é unha necesidade primordial, do mesmo xeito que as medidas dirixidas á contorna familiar do adolescente.

Palabras chave: suicidio, adolescencia, comportamento suicida, comportamento autolesivo, epidemioloxía, factores de risco, Covid-19, prevención.

Introducción	1
Justificación y Objetivos del trabajo	3
Metodología	4
Resultados y discusión	6
1- Conceptos	6
2- Adolescencia	8
3- Epidemiología	9
3.1- Suicidio en adolescentes y jóvenes a nivel mundial	9
3.2- Suicidio en adolescentes y jóvenes en España	10
4- Factores de riesgo	14
4.1- Factores individuales	15
4.2- Factores de adversidad familiar	18
4.3- Acontecimientos vitales adversos	20
4.4- Factores socioculturales	22
5- Factores de protección	24
6- Impacto de la Pandemia Covid-19	26
7- Prevención	28
Conclusiones	36
Bibliografía	37

Introducción

Los comportamientos autolesivos y el suicidio son un problema de salud pública universal ineludible.

El suicidio es una de las principales causas de muerte en todo el mundo, siendo la cuarta causa de muerte en individuos de 15 a 19 años.¹

La adolescencia es una fase muy peculiar del desarrollo humano que marca la transición entre la infancia y la edad adulta. Se caracteriza por varios cambios a diferentes niveles, tanto físicos como mentales y sociales, con la consiguiente adquisición de características y habilidades que permiten a los jóvenes asumir las obligaciones de un adulto e integrarse en la sociedad. Es en esta etapa cuando los jóvenes comienzan a desarrollar un pensamiento más elaborado, cuestionándose a sí mismos y a su entorno.² Se trata, por tanto, de un periodo especialmente vulnerable, en el que existe un marcado potencial de cambio, pero también de desequilibrio, en el que el comportamiento suicida alcanza proporciones alarmantes.

Comprender plenamente el suicidio es una tarea que parece estar fuera de nuestro alcance. Los factores que intervienen son diversos y para cada individuo existe una combinación única de factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales. El suicidio no es un acto que pueda evaluarse de forma aislada, sino una forma de comportamiento cuyas causas no siempre se han llegado a comprender. En muchos casos de suicidio es difícil responder a la pregunta "¿Por qué?". Para algunos, el acto de acabar con la propia vida puede ser:²

- 1- Un escape de la desesperación;
- 2- Un alivio del dolor emocional, psicológico o físico insoportable;
- 3- Una respuesta a una enfermedad estigmatizante;
- 4- El resultado de intensas alucinaciones o delirios;
- 5- Un testimonio de fidelidad o devoción religiosa;
- 6- Un medio de reencuentro con un ser querido fallecido;
- 7- Una forma de renacimiento
- 8 - Un método de venganza.

En cualquiera de las situaciones existen características comunes a los individuos suicidas, en los que el intenso drama psíquico en el que se encuentran es el resultado de un dolor psicológico intolerable y que, ante los factores internos o externos que afectan al individuo, consideran que el deseo de acabar con su vida es la única solución viable para poner fin a su sufrimiento intrínseco. Para Shneidman,³ lo que realmente busca un individuo suicida no es su muerte o su autodestrucción, sino el cese completo de su conciencia. En otras palabras, el suicidio se entenderá mejor como un movimiento de huida de un estado de sufrimiento insoportable, más que como un movimiento hacia la muerte. Shneidman,³ también señala que no es necesariamente anormal pensar en el suicidio a menos que se vea como la única solución posible. Cabe destacar que muchas de las personas que intentan suicidarse, pero que finalmente no lo consiguen, siguen viendo la vida de forma productiva. Al reconocer los factores de riesgo de suicidio y adquirir la capacidad de identificar y proporcionar intervenciones adecuadas a las personas con conductas suicidas, los profesionales sanitarios pueden ayudar al paciente a superar el sufrimiento y, en consecuencia, a elegir la vida en lugar de la muerte.⁴

Existe una gran cantidad de estigmas y prejuicios en torno a este tema, lo que dificulta bastante el estudio y la evaluación adecuados de la ideación y los comportamientos suicidas. Es necesario intentar romper este estigma. En el caso de la población adolescente, sólo un

pequeño porcentaje de los que tienen conductas autolesivas acude al hospital, lo que significa que estos actos están en gran medida ocultos y escondidos en la comunidad.⁵ Es imperativo tratar de llegar a estos jóvenes que pueden estar poniendo su vida en peligro. Una cuestión relevante a la que dar respuesta es saber si estos comportamientos suponen una llamada de atención para la comunidad. Además, el conocimiento de la existencia de posibles factores de riesgo comunes entre estos adolescentes es de gran utilidad para implementar medidas de prevención.

Desgraciadamente, no existen pruebas de diagnóstico ni de predicción que permitan predecir quiénes pueden incurrir en estos comportamientos. Sin embargo, cabe señalar que alrededor del 45% de las personas que mueren por suicidio consultaron a un médico de atención primaria hasta un mes antes de su muerte, aunque es raro que se documente la consulta del médico o la revelación del paciente.⁶

Asimismo, es fundamental estudiar en profundidad este importante problema que afecta a un gran número de individuos y que está aumentando en la actualidad. La repercusión de estas situaciones es muy grande, ya que no afecta solo al joven en cuestión, sino que a todas las personas involucradas en su entorno. Por otro lado, el suicidio en la adolescencia supone un problema añadido ya que estamos considerando a un grupo de población cuya vida aún no se ha desarrollado plenamente, con una esperanza de vida en principio larga y, en una sociedad envejecida como es la sociedad del desarrollo en que vivimos. Esto supone una importante pérdida, no solo a nivel familiar sino también a nivel social y laboral. Aparte de las connotaciones sociales y psicológicas añadidas, por el hecho de estar creando un mundo en el que los jóvenes y adolescentes se ven incapaces de asimilar e incorporarse a sus exigencias, lo que denota que estamos fallando en nuestro concepto de vida y no estamos ayudando ni dotando de herramientas y bases adecuadas a las nuevas generaciones que se sienten sin apoyo ni ayuda.

Justificación y Objetivos del trabajo

En España, el suicidio es la cuarta causa de mortalidad en el tramo de 15-19 años (por detrás de las causas externas, los tumores y los accidentes de tráfico). Debido a esta frecuencia y a sus evidentes repercusiones a todos los niveles, este trabajo de revisión bibliográfica pretende sistematizar y describir los datos más relevantes existentes en la literatura actual sobre las conductas autolesivas y el suicidio en la adolescencia, para contribuir a un mayor conocimiento y comprensión por parte de los médicos y de la población en general del grave problema que suponen estos fenómenos autodestructivos de los jóvenes.

El objetivo principal del trabajo es realizar una revisión sobre el suicidio en la adolescencia, con el fin de contribuir a un mejor conocimiento del problema que permita implementar medidas de prevención capaces de hacer retroceder las cifras alarmantes que tenemos actualmente.

Para ello, se proponen los siguientes objetivos específicos:

- Describir la situación actual a través del conocimiento de las cifras de suicidios juveniles y su evolución en los últimos años.
- Identificar los factores de riesgo y protección más habituales.
- Conocer las características generales comunes en este tipo de conducta.
- Explorar el posible impacto de la pandemia en la casuística general y los factores asociados.

Metodología

Estrategia de búsqueda: Para la realización de este trabajo se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica de la literatura más reciente sobre suicidio en adolescentes en todo el mundo, pero principalmente en España, factores de riesgo y protección, medidas de prevención e impacto de la pandemia Covid-19, recogiendo publicaciones de los últimos 20 años. Para ello se accedió a diferentes bases de datos científicos como Medline, PubMed y Google Academic. Además, se ha accedido a otros artículos con búsqueda inversa a través de la bibliografía de otros anteriormente usados. Se han consultado también libros de texto y páginas oficiales de diferentes sociedades científicas y estatales.

Para ello, se han delimitado unos términos de búsqueda estableciendo unas **palabras clave:** “suicidio”, “comportamientos autolesivos” y “jóvenes”, incluyendo sus variantes: “suicidio”, “idea suicida”, “comportamiento suicida”, “pensamientos y comportamientos autolesivos”, “adolescentes”, “adolescencia”, “jóvenes” y “España”, no solo en español como también en inglés: “suicide”, “young suicide”, “adolescents”, “risk factors”, “protective factors”, “suicidal ideation”, “suicide prevention”, “worldwide”, “global” and “Spain”.

Estos criterios de búsqueda se asociaron con los operadores booleanos “AND” y “OR”.

Selección de los artículos: Se han establecido unos criterios de inclusión, reflejados en la Tabla 2, como tipo de artículo (ensayo clínico, estudio cohortes, meta-análisis, revisiones sistemáticas y no sistemáticas), disponibilidad del artículo (completo o “abstract”) año de publicación e idioma de publicación. Como criterios de exclusión se han establecido: tipo de artículo distinto a ensayo clínico, estudio cohortes, meta-análisis, revisiones sistemáticas y no sistemáticas y contenido del trabajo (edades que no comprendían las edades estudiadas y/o del país de estudio).

Tras la primera aplicación de estos criterios, se procedió a la lectura de los abstracts seleccionando sólo aquellos artículos que contuviesen información relevante en relación con el tema propuesto. A su vez, se ha realizado una búsqueda manual, sin restricciones, que ha permitido obtener datos actuales, planes, guías, informes y protocolos que por su contenido se han podido incluir en el trabajo.

La metodología utilizada se puede ver, en suma, reflejada en el siguiente diagrama de flujo (Figura 1):

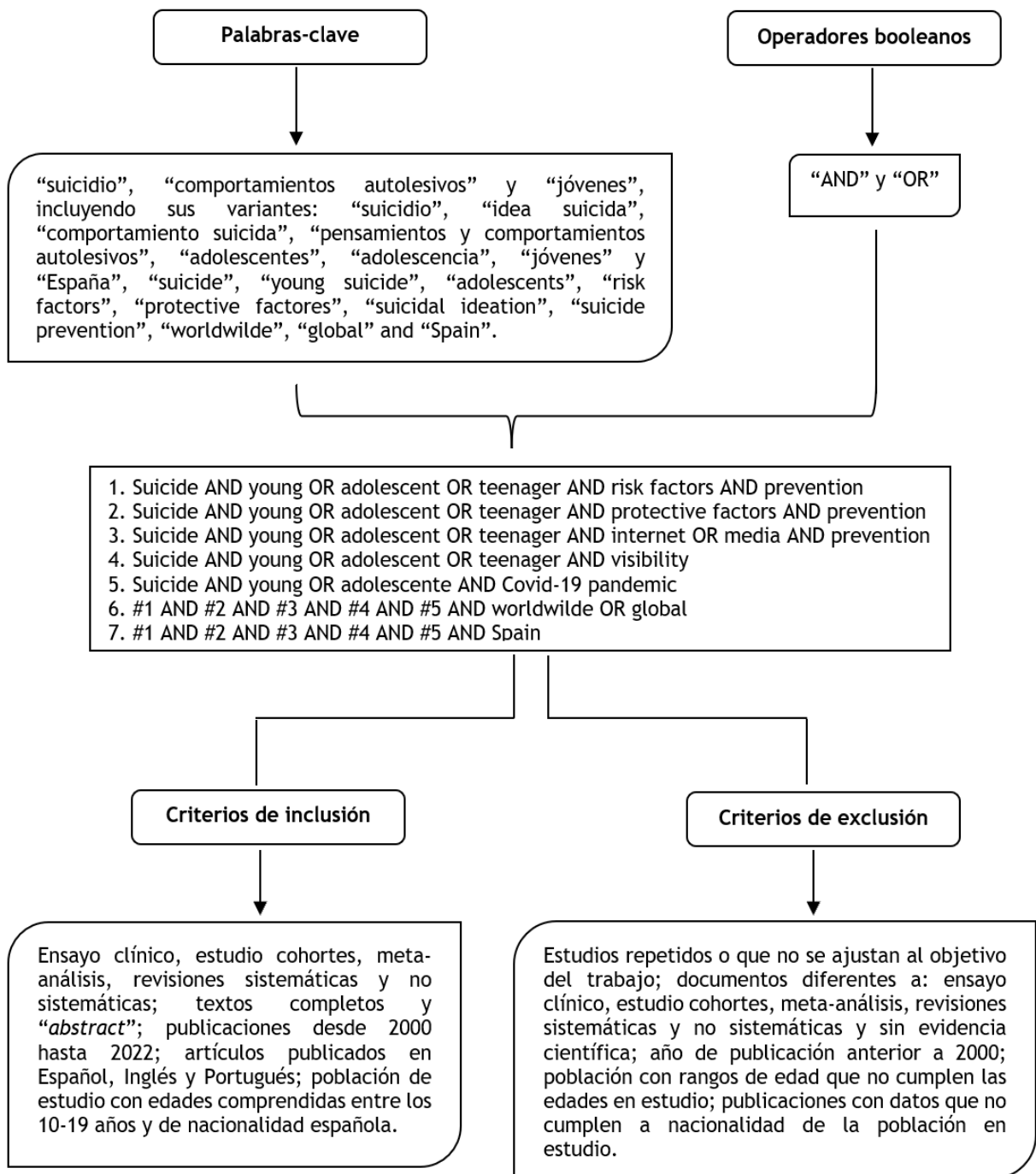


Figura 1. Estrategias de búsqueda.

Resultados y discusión

1- Conceptos

La palabra suicidio procede del latín y deriva de la fusión de dos términos: *sui*, de sí mismo, y *cidium*, matar, sin embargo, la definición de suicidio es intrínsecamente más compleja que las simples palabras "matarse".

Según el sociólogo francés Émile Durkheim, definimos el suicidio como "*la muerte resultante directa o indirectamente de un acto positivo o negativo cometido por el propio individuo, a sabiendas de su efecto letal*".⁷ Para Shneidman, el padre de la suicidología contemporánea, el suicidio es el "*acto consciente de autoaniquilación inducida, mejor entendido como una enfermedad multidimensional en un individuo necesitado que entiende el suicidio como la solución a un problema*".⁸

Sin embargo, las conductas suicidas no se limitan a la muerte por suicidio, sino que abarcan un amplio y heterogéneo espectro de pensamientos y conductas que potencialmente apuntan a la muerte, pero que se acercan a ella en distintos grados. Así, conceptos como ideación suicida, amenazas y gestos suicidas, autolesiones, intentos de suicidio de baja letalidad, intentos de suicidio interrumpidos o casi mortales y suicidio consumado son algunos de los conceptos comúnmente utilizados para describir las diferentes manifestaciones de la conducta suicida. Estos conceptos pueden estar o no relacionados entre sí, según los casos, y no existe necesariamente una progresión lineal entre ellos. Así, aunque los pensamientos pasivos de muerte y el suicidio consumado representan los extremos del espectro de riesgo, todos estos comportamientos pueden tener significados muy diferentes y evolucionar de forma discontinua.

Un componente esencial para distinguir entre los distintos tipos de conductas suicidas es el concepto de intención suicida, que se relaciona con el propósito de la conducta e implica un deseo consciente del individuo de morir, o al menos de acabar con la vida tal y como la conocemos. Es necesario distinguir entre la ideación y la intención suicidas. Aunque ambos conceptos pueden considerarse cogniciones, la ideación tiene una naturaleza puramente cognitiva, mientras que la intención tiene también un componente emocional, así como un mayor grado de implicación mental. También es importante tener en cuenta que el nivel de intención de un individuo puede cambiar rápidamente y sin mucho aviso.⁹

La **ideación suicida** se define por la presencia de pensamientos relacionados con la autolesión o la muerte autoinfligida, que reflejan la consideración por parte del individuo de la posibilidad de acabar con su propia vida. La ideación suicida puede estar asociada o no a la intención suicida.¹⁰

Por otro lado, y en contraposición a las conductas suicidas, hay que considerar "*los actos que se parecen al suicidio, pero son algo distinto al suicidio*", ya que difieren en la intención de morir, dando lugar a las **conductas autolesivas**.¹¹

Aunque tanto los actos suicidas como las conductas autolesivas implican un daño corporal deliberado, estas conductas son fenomenológicamente distintas, siendo la principal distinción entre ellas la **intención suicida**.¹¹

Varios estudios han informado de diversas diferencias entre las **tentativas de suicidio** y las conductas autolesivas en relación con la letalidad, la cronicidad, los métodos y la cognición, donde las tentativas de suicidio tienden a producirse con poca frecuencia, a través de un único método y con la capacidad de crear lesiones altamente letales, mientras que las **conductas autolesivas** tienden a producirse de forma crónica, con alta frecuencia, a través de múltiples

métodos, pero con lesiones de baja letalidad. Además, suelen comenzar en la adolescencia temprana, entre los 12 y los 14 años, mientras que los intentos de suicidio aparecen más tarde en la adolescencia, entre los 14 y los 16 años.¹²

A pesar de las diversas diferencias, un número significativo de individuos informan de un historial de ambos comportamientos. Alrededor del 70% de los adolescentes con conductas autolesivas repetitivas han realizado al menos un intento de suicidio en su vida.¹² Además, la aparición de pensamientos y actos autolesivos no se limita a ellos mismos, sino que a menudo se asocia con la ideación suicida. Por otro lado, el 77% de los adolescentes con intentos de suicidio también tienen antecedentes de conductas autolesivas,¹² lo que lleva a la conclusión de que estas conductas autolesivas serían un factor de riesgo para futuras conductas suicidas.¹²

El rigor en la definición y el uso de los términos asociados al suicidio es fundamental, ya que la confusión semántica y la falta de diferenciación entre las distintas formas de conducta suicida pueden dificultar la investigación y la comparación de resultados, al tiempo que impiden una correcta aplicación de los avances en la práctica clínica. A pesar de ello, todavía no existe un consenso amplio y universalmente aplicado en cuanto al uso de términos que describan los fenómenos asociados a la conducta suicida, aunque esta necesidad es ahora ampliamente reconocida.

En la figura 2 se resumen algunos de los mitos más habituales sobre el suicidio:

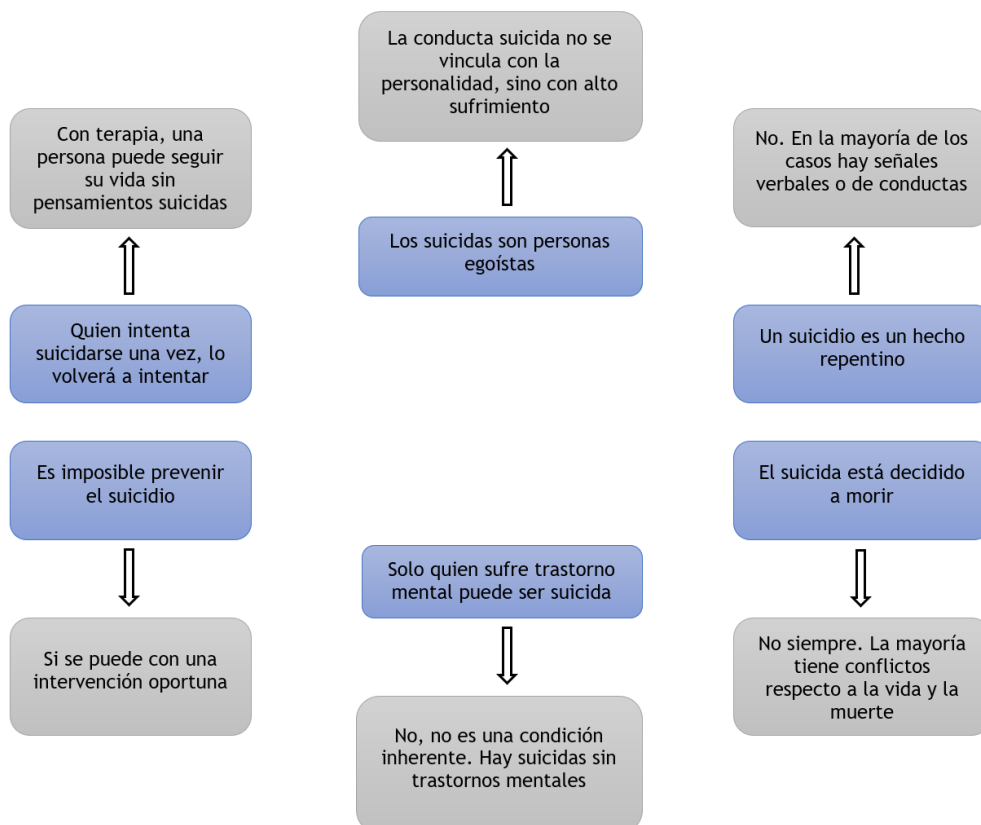


Figura 2. Mitos y verdades sobre el suicidio (elaboración propia con datos de la OMS.¹).

2- Adolescencia

Procedente del latín *adolescere*, adolescencia significa desarrollarse o crecer, por lo que podemos decir que un adolescente es una persona en crecimiento. Esta fase de la vida, que transcurre entre la infancia y la edad adulta, se caracteriza por ser un periodo de desarrollo y maduración, en el que se espera que el joven adquiera un sistema de valores, características y habilidades que le permitan asumir las funciones de adulto e integrarse en la sociedad. Por lo tanto, se vuelven independientes, autónomos y maduros. Sin embargo, es una fase complicada en la que el individuo es especialmente vulnerable.

Se puede dividir en tres fases: la primera o adolescencia temprana (10 - 13/14 años) donde se producen cambios físicos con sentimientos de soledad y cierto aislamiento; la segunda o adolescencia media (14/15-16/17 años), es la adolescencia propiamente dicha donde hay más determinación y formación de valores; y, por último, la tercera o adolescencia tardía (17/18 años hasta los 19), donde se produce la formación final de la identidad del joven. Por lo tanto, una de las principales tareas del desarrollo en esta etapa es la búsqueda y consolidación de la identidad en sus diversos aspectos.¹³

Se caracteriza por importantes cambios tanto a nivel fisiológico como psicosocial y, sobre todo, está muy influenciada por la interacción del adolescente con sus contextos. Es durante esta fase de la adolescencia cuando se refuerza la individualidad de cada adolescente. Por ser una fase con tanta heterogeneidad es difícil determinar una norma de comportamiento común y universal.¹⁴ Además de los cambios fisiológicos y psicosociales, hay que tener en cuenta algunos cambios inevitables, como los cognitivos, morales y espirituales.^{13,15}

La adolescencia es una etapa en la que existe una gran ansiedad y oscilación emocional debido a las transformaciones que se producen y a las grandes dudas y certezas que surgen. De hecho, es en esta época cuando los jóvenes comienzan a desarrollar un pensamiento más elaborado, en el que piensan mucho en el sentido de la vida, y consecuentemente en la muerte. Lo que experimentan tiende a ser sentido intensamente, siendo un período particularmente vulnerable, en el que hay una acentuada potencialidad de cambio, pero también de desequilibrio.

Es un periodo asociado al neurodesarrollo que atribuye una particular vulnerabilidad con mayor riesgo de trastornos emocionales y comportamientos de riesgo, como el consumo de alcohol y drogas, relaciones sexuales sin protección, entre otros. También pueden ser más susceptibles a los estímulos sociales negativos, como el ostracismo y las altas expectativas de los demás.⁵

La adolescencia comienza con importantes cambios físicos y de temperamento y termina con la formación de valores e identidad. A veces, el joven es incapaz de enfrentarse con éxito al reto y de afrontarlo. Este desfase puede llevarlo a un intento de suicidio, en el que existe, por tanto, un fallo de desarrollo, tanto a nivel individual como familiar y social, que determina una visión negativa de sí mismo, probablemente de organización desde la infancia, pero que irrumpe sólo *en la edad del ruido, pero también del silencio*.¹⁶

No obstante, es una etapa muy vulnerable, caracterizada por transformaciones, desarrollo personal y la transición a la vida adulta. En esta fase los jóvenes adquieren características especiales donde, como afirma Knobel, *“la estabilización de la personalidad no se logra sin pasar por un cierto grado de conducta “patológica” que, se considera inherente a la evolución “normal” de esta etapa de la vida”*.⁶³

3- Epidemiología

3.1- Suicidio en adolescentes y jóvenes a nivel mundial

El suicidio es un grave problema de salud pública en España, así como en todo el mundo. Al tratarse de un tema delicado, sus tasas varían de un país a otro en función de varios factores, como la situación económica nacional, las diferencias culturales y los métodos de registro, por lo que es probable que las tasas de suicidio estén infra declaradas.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada año se suicidan más de 700.000 personas, de las cuales aproximadamente el 2,5% (20.000) son jóvenes adolescentes.¹⁷ Las tasas de suicidio aumentaron 60% en los últimos 45 años,¹⁸ donde por cada adulto con suicidio consumado 20 o más han intentado suicidarse.

Se calcula que cada año se producen unos 4 millones de intentos de suicidio en todo el mundo, de los cuales 90.000 corresponden a jóvenes de entre 10 y 19 años, lo que se traduce en un suicidio consumado cada 5 minutos.¹⁹

El suicidio se encuentra entre las principales causas de muerte en los adolescentes y las tasas aumentan más rápidamente entre los jóvenes que en cualquier otro grupo de edad. En 2019 el suicidio fue la cuarta causa de muerte entre los jóvenes de 15 a 19 años.²⁰ Es la segunda causa de muerte en niñas, después de las condiciones maternas, es decir, complicaciones maternas desde el embarazo hasta el período postparto, y la tercera en los niños, tras los accidentes de tráfico y la violencia interpersonal.¹⁸ El ahorcamiento, el consumo de drogas y/o fármacos, la precipitación desde las alturas y las armas de fuego son algunos de los métodos más utilizados para suicidarse en todo el mundo.²¹

Desde principios del siglo XX, la tasa de suicidio en los jóvenes ha aumentado constantemente, hasta que en la década de 1990 se produjo un importante descenso en varios países.²² Las posibles explicaciones de este descenso pueden estar relacionadas con la aplicación de leyes más restrictivas para la posesión de armas, en países como Estados Unidos de América y Australia.²² Otra posible explicación, también controvertida, podría ser el aumento de la prescripción de antidepresivos a los adolescentes.²²

Según los datos recogidos en la página de datos estadísticos europea (Tabla 3) para edades comprendidas entre los 15 y 19 años, conseguimos ver algunas diferencias. Mientras algunos países más occidentales como Portugal, España y Francia mantienen sus tasas más o menos constantes, aunque exista un ligero aumento de año para año, países como Finlandia, Estonia, Luxemburgo y Lituania no mantienen una cifra constante al largo de los años, teniendo bastantes picos y una tendencia al aumento de número de suicidios con el pasar de los años, con especial atención para Luxemburgo que del año 2018 al año 2019 tiene un aumento de cerca del doble.

	2013	2015	2018	2019
<i>Austria</i>	6.1	6.71	7.23	5.25
<i>Bélgica</i>	6.96	5.07	5.55	6.62
<i>Bulgaria</i>	3.97	3.19	2.86	3.18
<i>Croacia</i>	6.5	5.03	4.78	4.96
<i>Chequia</i>	8.48	4.56	7.96	5.71
<i>Dinamarca</i>	4.76	1.42	4.92	4.36
<i>Estonia</i>	7.98	16.64	16.47	12.89
<i>Finlandia</i>	10.09	5.59	10.13	11.47
<i>Francia</i>	3.93		-	-

<i>Alemania</i>	4.13	4.77	4.45	4.13
<i>Grecia</i>	1.28	1.31	2.02	1.46
<i>Hungría</i>	3.96	5.26	5.74	4.31
<i>Islandia</i>	4.42	18.09	22.79	9.05
<i>Irlanda</i>	7.33	6.73	5.06	6.85
<i>Italia</i>	2.25	2.47	2.38	2.47
<i>Lituania</i>	21.38	18.64	11.41	12.7
<i>Luxemburgo</i>	3.1	3.04	6.03	12.02
<i>Holanda</i>	5.33	4.06	4.38	5.9
<i>Noruega</i>	7.06	4.59	8.09	9.39
<i>Polonia</i>	9.08	8.33	5.03	6.06
<i>Portugal</i>	2	1.62	1.44	2.19
<i>Rumania</i>	5.42	5.64	4.88	4.17
<i>Eslovaquia</i>	4.85	2.42	4.49	4.93
<i>Eslovenia</i>	6.14	5.27	7.53	6.43
<i>España</i>	2.51	2.63	2.96	2.87
<i>Suecia</i>	7.22	6.48	7.97	8.15
<i>Suiza</i>	6.79	7.98	9.1	5.19
<i>Reino Unido</i>	3.19	3.9	5.26	-

Tabla 1. Suicidios en los países de la Unión Europea desde 2013 en jóvenes de 15-19 años (fuente: información procedente de la página de estadística europea, Eurostat, de acceso libre; elaboración propia) .²³

Comparando España con la media de los países de la Unión Europea (Figura 3), podemos ver que la tasa de suicidios en España es cerca de la mitad de la media de los 28 países pertenecientes a la Unión Europea. Mientras que hay una reducción de las tasas de suicidio de los 28 países desde 2011, en España en cambio se detecta un ligero aumento paulatino a lo largo de los años, llegando a su mayor pico en 2018.

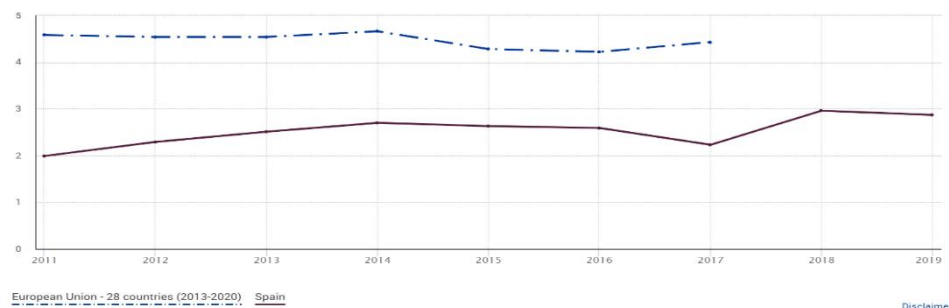


Figura 3. Comparación entre España y la media de los países de la Unión Europea de suicidio en jóvenes de los 15-19 años (fuente: información procedente de la página de estadística europea, Eurostat, de acceso libre) .²³

3.2- Suicidio en adolescentes y jóvenes en España

Según los últimos datos del Instituto Nacional de Estadística en 2020 se suicidaron en España 3.941 personas, de las cuales 1.011 fueron mujeres y 2.930 varones.

A su vez, en la franja etaria de los 10-14 años se produjeron un total de 7 muertes por suicidio en mujeres y 6 en varones. Y en la franja etaria de los 15-19 años un total de 17 muertes en mujeres y 31 en varones. Con esto, se observa que en 2020 en España cerca de 1,55% de los suicidios se dieron en jóvenes entre los 10 y los 19 años.

Además, como muestra en la Figura 4, desde el año 2000 hasta ahora hay un predominio de los suicidios en varones jóvenes frente a mujeres jóvenes. Se denota, además y después de una bajada considerable desde el año 2000 una importante subida a partir de 2010 (Figura 4).

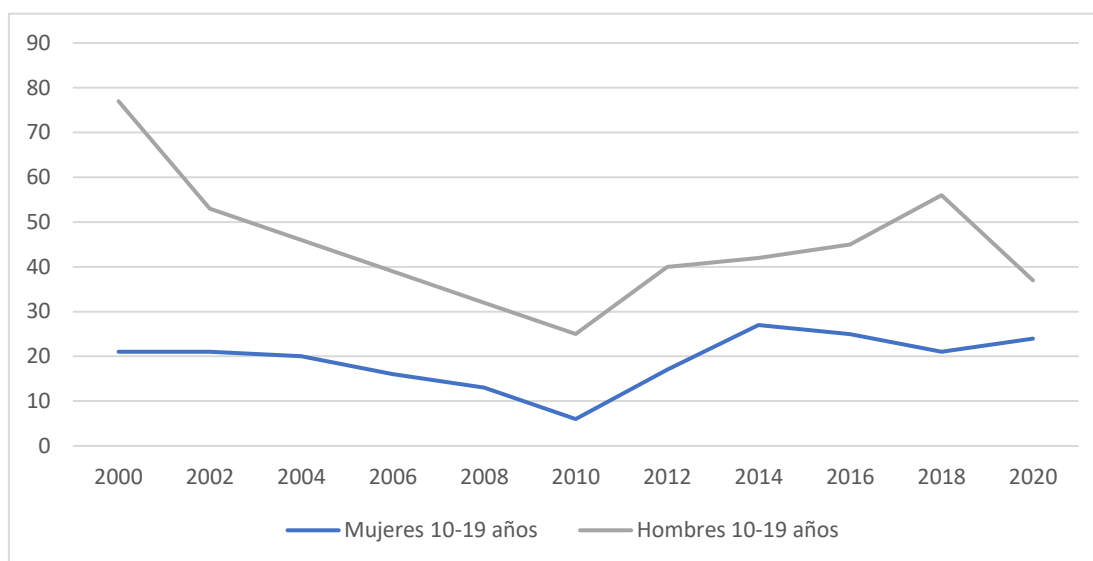


Figura 4. Evolución del número de suicidios de 2000-2020 (elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Estadística, INE) .²⁴

Sin, embargo, el suicidio es la 5ª causa de mortalidad en el país en los datos de 2020 en el grupo etario de los 10-14 años, superado por otras causas de mortalidad como los tumores, causas externas, enfermedades del sistema nervioso y accidentes de tráfico, respectivamente.

Ya en edades comprendidas entre los 15 y 19 años, encontramos el suicidio como 4ª causa de muerte. En esta franja etaria las principales causas de muerte, en mayor proporción que el suicidio son las causas externas (accidentes, caídas, agresiones, homicidios) los tumores y los accidentes de tráfico.

En resumen, el suicidio fue una de las principales causas de muerte en jóvenes entre los 10 y los 19 años en 2020 en España (Tabla 4).

	Todas edades	10 - 14 años	15 - 19 años
Todas las causas			
<i>Ambos sexos</i>	493 776	189	379
<i>Hombres</i>	249 664	109	242
<i>Mujeres</i>	244 112	80	137
Tumores			
<i>Ambos sexos</i>	112 741	64	92
<i>Hombres</i>	67 247	39	49
<i>Mujeres</i>	45 494	25	43
Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos			
<i>Ambos sexos</i>	27 508	26	38
<i>Hombres</i>	10 588	16	25
<i>Mujeres</i>	16 920	10	13
Causas externas de mortalidad			

Ambos sexos	16 078	43	153
Hombres	10 257	24	111
Mujeres	5 821	19	42
Accidentes de tráfico			
Ambos sexos	1 463	13	50
Hombres	1 168	8	33
Mujeres	295	5	17
Ahogamiento, sumersión y sofocación accidentales			
Ambos sexos	2 913	4	19
Hombres	1 467	1	17
Mujeres	1 446	3	2
Suicidio y lesiones autoinfligidas			
Ambos sexos	3 941	13	48
Hombres	2 930	6	31
Mujeres	1 011	7	17

Tabla 2. Principales causas de mortalidad en jóvenes con edades entre 10 y 19 años según grado de ejecución, sexo y edad (fuente: estadísticas de defunciones por causas de muerte: INE, 2020).²⁴

Analizando las tasas de suicidio por comunidades, las cifras reflejadas por el INE no recogen específicamente el grupo de edad comprendido entre los 10 y los 19 años, sino que se refieren al grupo etario de 15 a 29 años. En este grupo, en 2020 nos encontramos la tasa más elevada en Andalucía (67 muertes por suicidio), seguida de Cataluña (40) y, en tercer lugar, Madrid (37). En 2020, Galicia estaba en sexto lugar, registrándose 14 muertes por suicidio en esta comunidad. Las tasas más bajas se encuentran en La Rioja, Ceuta y Cantabria (Figura 5).

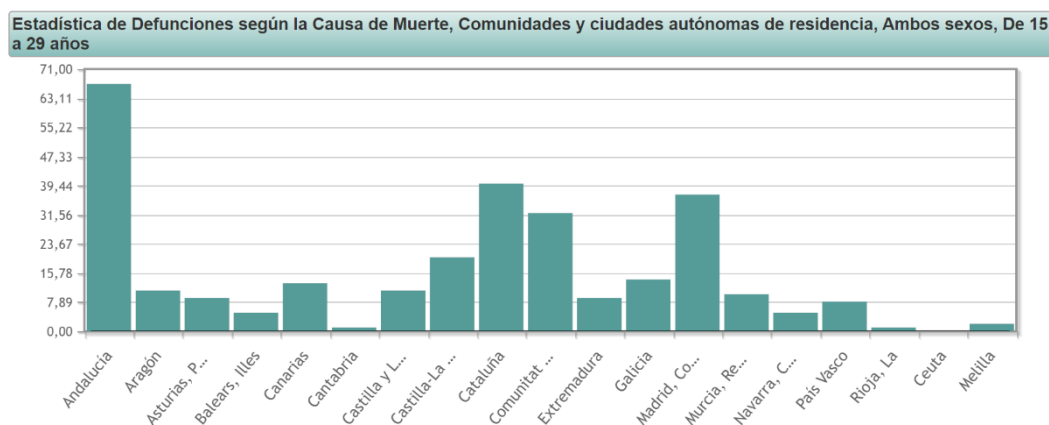


Figura 5. Muertes por suicidio en las Comunidades Autónomas de España en 2020 (fuente: INE, 2020).²⁴

Con respecto a Galicia, apenas 4,7% de las muertes por suicidio en España en 2020 ocurrieron en esta comunidad. Curiosamente, esto no siempre ha sido así. Los datos muestran que, en 2013, y en el mismo rango de edad, Galicia presentaba la tasa más elevada de suicidios por comunidad, con un total de 7.16 suicidios por cada 100.000 jóvenes. Podemos ver, representado en la Figura 6, que desde 2011 los números han incrementado bastante hasta alcanzar su pico en 2013. A partir de ahí se observa una bajada hasta 2018 en que vuelven a aumentar.

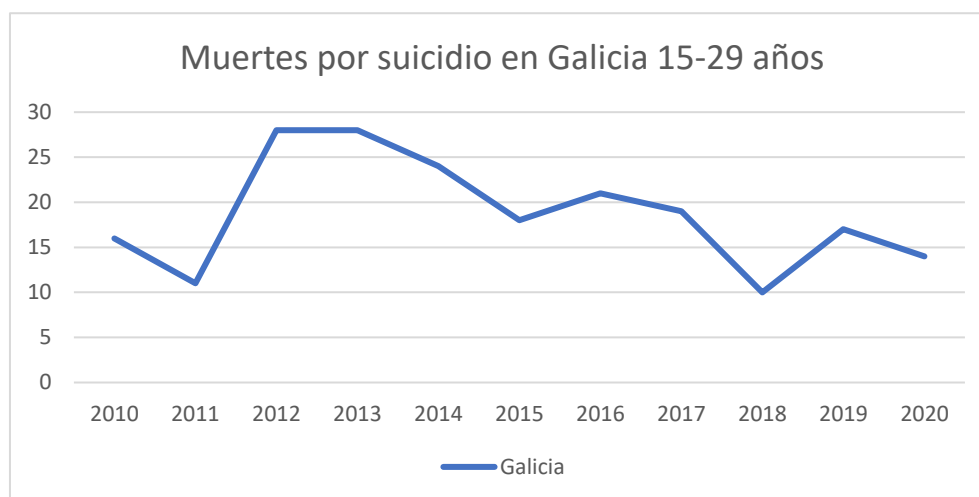


Figura 6. Evolución del número de suicidios de 2010-2020 en Galicia (elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Estadística, INE).²⁴

En este grupo de edad comprendido entre los 15 y los 29 años, el *modus operandi* elegido por la mayor parte de jóvenes es la lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación (49%), seguido de lesión autoinfligida intencionalmente al saltar desde un lugar elevado (30%).

En este aspecto, encontramos diferencias entre los sexos: mientras que para los jóvenes del sexo masculino el tercer método preferido es a través de la lesión autoinfligida intencionalmente por arrojarse o colocarse delante de objeto en movimiento, seguido de envenenamiento intencional (por drogas antiepilépticas, sedantes, hipnóticas, antiparkinsonianas y psicotrópicas), para el sexo femenino el envenenamiento intencional es más frecuente, siendo el tercer método utilizado.

Hoy en día, ya hay muchos conocimientos sobre la epidemiología y causas que llevan a un joven a poner en peligro su propia vida, pero todavía es necesario mejorar, ya que los valores sociales y las prácticas culturales de cada país tienen implicaciones en el registro de los suicidios y pueden llevar a errores en la cuantificación de estos.

La mayoría de los estudios epidemiológicos sobre la conducta suicida se han centrado en los patrones de prevalencia y las correlaciones. Sería interesante que la próxima generación de estudios se centrara en los efectos sinérgicos entre los factores de riesgo modificables y los factores de protección.

Otro aspecto esencial sería la estandarización de la nomenclatura para futuros proyectos de investigación, ya que las discrepancias encontradas a lo largo de este trabajo tienen marcadas implicaciones para la comprensión y comparación de los datos epidemiológicos, clínicos e incluso de prevención. Es decir, existe un acalorado debate en la comunidad científica sobre la nomenclatura (conceptos básicos, terminología y definición) que debe utilizarse en relación con este tipo de comportamiento. Los distintos grupos de trabajo utilizan nomenclaturas diferentes, y estas discrepancias tienen marcadas implicaciones para la comprensión y la comparación de los datos epidemiológicos, clínicos e incluso preventivos. Gran parte de la dificultad para definir la conducta suicida proviene del amplio espectro de resultados en los que se utiliza actualmente este término. Varios términos asociados al suicidio han sido utilizados

erróneamente por la comunidad científica, lo que ha provocado obstáculos manifiestos en el avance del conocimiento en este ámbito.²⁵ Para desarrollar un plan adecuado de prevención de determinados comportamientos, es necesario en primer lugar comprenderlos, tratando de definirlos.

El seguimiento de la prevalencia, así como de las características demográficas y de los métodos utilizados por los jóvenes para suicidarse, es una información indispensable que ayuda a elaborar y aplicar medidas de prevención adecuadas. Además, si combinamos la información recogida sobre las tentativas de suicidio y los propios suicidios por sexo, edad y métodos, podemos establecer qué grupos son de riesgo dentro de la población e intervenir directamente sobre ellos. Es fundamental analizar y prestar atención a todas estas variables y adaptar todas las medidas de prevención no sólo a estas variables, sino también a la sociedad y al momento actual. Estos fenómenos no son estáticos, es decir, la prevención del suicidio y la ideación suicida no son un camino lineal. Para todas las personas es diferente y un fenómeno en constante cambio, lo que hace que sea un gran reto, pero perfectamente alcanzable.

Sin embargo, hoy en día es necesario mejorar los registros y la información sobre los suicidios, así como los intentos de suicidio. Actualmente, en España, sólo podemos acceder a esta información a través del Instituto Nacional de Estadística (INE) en el apartado "Muertes por suicidio". Estos datos se recogen a partir de los certificados de defunción, y lo que ocurre en un mayor número de casos de los debidos, ya sea por estigmatización o incluso por cierto desconocimiento, es que se identifica falsamente la causa de la muerte, reconociéndose como distinta del suicidio, lo que se traduce en un número inferior al verdadero de muertes por suicidio y provoca una distorsión de la incidencia.

4- Factores de riesgo

Los comportamientos suicidas en los adolescentes son el resultado final de una compleja interacción entre factores biológicos, genéticos, psicológicos, psiquiátricos, sociales y culturales.

El principio básico para una respuesta eficaz en la prevención del suicidio se basa en la identificación de varios factores de riesgo relevantes para el contexto y, la consiguiente, mitigación mediante la aplicación de intervenciones adecuadas.¹ Definimos factor de riesgo como una circunstancia, condición, acontecimiento vital, patología o rasgo de personalidad que puede aumentar la probabilidad de intentar suicidarse, así como de cometer un suicidio. Los factores de protección, como un buen apoyo social, una buena integración social, la ausencia de enfermedades mentales y acceso a servicios y cuidados de salud mental, entre otros, reducen el riesgo de suicidio y se consideran preventivos.²⁶

Sin embargo, las conductas suicidas no dependen de una sola causa, por lo que normalmente ninguna causa o factor de estrés único es suficiente para explicar un acto suicida. Lo más habitual es que varios factores de riesgo actúen de forma acumulativa de manera que aumenten la vulnerabilidad de un individuo a estos comportamientos.¹ Por otra parte, la presencia de múltiples factores de riesgo no significa que un individuo vaya a avanzar necesariamente en esa dirección (Figura 7).

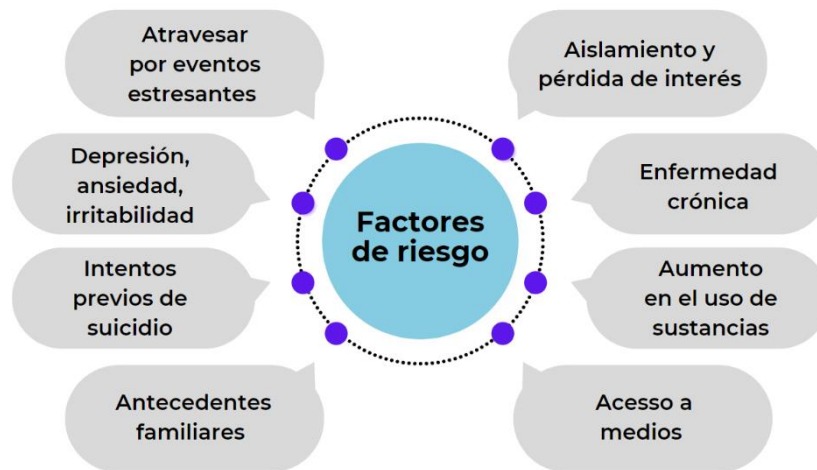


Figura 7. Resumen de los principales factores de riesgo (elaboración propia).

Los factores de protección son igualmente importantes y se han referido como posibles condiciones para causar cierta resistencia a la tendencia de estos comportamientos. Por ello, el refuerzo de algunos de estos factores de protección puede ser también un objetivo importante en la prevención del suicidio.

4.1- Factores individuales

4.1.1- Factores sociodemográficos

La edad, el sexo, la raza, la etnia y la religión son elementos importantes que pueden contribuir considerablemente al riesgo de comportamiento suicida.

Existe un aumento constante de la tasa de suicidio desde la infancia hasta la adolescencia, debido a la mayor prevalencia de la psicopatología en los adolescentes. Estos son más capaces cognitivamente de planificar y ejecutar un suicidio que sea letal, teniendo una intención y motivación, así como una mayor letalidad, lo que hace que el suicidio sea infrecuente antes de la pubertad. Es decir, los intentos de suicidio son raros antes de la pubertad y alcanzan un pico de incidencia en los adolescentes y adultos jóvenes.

En general, incluyendo España, la tasa de suicidio en el sexo femenino es aproximadamente tres veces menor que en el sexo masculino.

4.1.2- Factores biológicos

En los últimos años, la investigación científica ha tratado de comprender mejor los mecanismos neurobiológicos del suicidio con el fin de encontrar biomarcadores que pueden ayudar a su prevención. Las alteraciones de los mecanismos serotoninérgicos se han asociado con el comportamiento impulsivo-agresivo y con el aumento del estrés.²⁷ Los niveles bajos de ácido 5-hidroxi-indolacético, un metabolito de la serotonina, se han relacionado con la agresión impulsiva y los comportamientos suicidas en adultos con enfermedades psiquiátricas.²⁸

4.1.3- Factores psiquiátricos

Cerca de 80-90% de los jóvenes víctimas de suicidio^{1,5,6,19,28-33} o de intento de suicidio presentan algún tipo de trastorno psiquiátrico, convirtiendo, así, el trastorno psiquiátrico en un importante factor de riesgo de suicidio en jóvenes. Los trastornos más comunes son los del estado de ánimo, los de ansiedad, los de conducta y los de abuso de sustancias como el alcohol y las drogas.³⁰ Sin embargo, la depresión es el factor de riesgo que más está asociado a la idea suicida y a los comportamientos suicidas.¹⁹ Además, la cronicidad y la gravedad de los trastornos se han asociado a un mayor riesgo de suicidio.²⁷

Hay que tener presente, de todas formas, que se pueden producir conductas autolesivas y actos suicidas en jóvenes que no presentaba ningún trastorno mental.

El abuso de sustancias, como el alcohol o las drogas, representa un importante factor de riesgo para el suicidio, especialmente en los adolescentes que presentan trastornos del estado de ánimo.³⁴ Este abuso es también un factor de riesgo en los intentos de suicidio.

En las mujeres, la dependencia del tabaco fue la principal sustancia relacionada con la ideación, seguida del abuso del alcohol, el uso de otras drogas ilícitas y el consumo habitual de cannabis.³⁵ En los varones, en cambio, el consumo de drogas ilícitas parece ser uno de los principales factores que contribuyen a la ideación, seguido del abuso de alcohol y tabaco.³⁵

Además, los jóvenes que intentan suicidarse tienen más probabilidades de padecer trastornos por abuso/dependencia de sustancias que los que sólo presentan ideación suicida, lo que sugiere que el consumo de alcohol o drogas psicoactivas puede facilitar la transición de la ideación al acto en sí.²⁸

Algunos estudios han analizado la relación entre el consumo episódico de alcohol muy elevado (*binge drinking*) y los intentos de suicidio en adolescentes, revelando un riesgo de intento de suicidio, en adolescentes de 13 años o menos, 2,6 veces mayor que en los que no consumían. En los adolescentes de 18 años o más se produjo un aumento de 1,2 veces.³⁶

Las embriagueces episódicas no sólo se asociaron a complicaciones somáticas, sino también a accidentes de tráfico y de otro tipo, a comportamientos violentos y al suicidio.³⁷

Los trastornos de ansiedad también son un factor de riesgo para la conducta suicida tanto en niños como en adolescentes,³⁸ y los trastornos de estrés postraumático se asocian a un mayor riesgo de ideación suicida.²⁸

4.1.4- Comportamiento de riesgo e intentos de suicidio anteriores

Las conductas autolesivas se identifican a menudo como uno de los predictores más fuertes para posteriores comportamientos suicidas.³³ En general, alrededor del 70% de los adolescentes implicados en conductas autolesivas recientes informaron de una historia de al menos un intento de suicidio, donde el 55% de ellos informó de más de dos intentos en su vida.³²

Además, los antecedentes de tentativa de suicidio se citan sistemáticamente como uno de los factores de riesgo más fuertes y sólidos para un futuro suicidio consumado,³³ confirmando un riesgo especialmente alto en los varones, unas 30 veces mayor y un riesgo relativamente menor en las mujeres.³⁹ Entre 1/4 y 1/3 de los adolescentes víctimas de suicidio han intentado suicidarse al menos una vez antes del intento fatal.³⁹

La evaluación de las características de las tentativas anteriores permite predecir el riesgo, es decir, si hay una alta intención de morir, el uso de métodos altamente letales, la existencia de un plan premeditado, el fácil acceso a los medios, la existencia de psicopatología/enfermedad médica grave, el aislamiento y/o el escaso apoyo social. Todos estos factores confieren un riesgo especialmente elevado de un nuevo intento de suicidio.

Los intentos de riesgo con gran letalidad (ahorcamiento, armas de fuego) tienen una probabilidad extremadamente alta de suicidio en el futuro.²⁸ Sin embargo, un intento de baja letalidad no significa necesariamente una baja intención suicida, especialmente en niños cuya inmadurez cognitiva dificulta la formulación y ejecución de un plan de suicidio. Por otro lado, para un individuo impulsivo que tiene a su disposición un agente letal como un arma de fuego, su intención, aunque sea baja, puede resultar en un intento altamente letal.²⁸

El riesgo de repetir la conducta suicida es mayor en los primeros 3 a 6 meses después del intento de suicidio, pero sigue siendo sustancialmente mayor que en la población general durante al menos dos años.²⁸

4.1.5- Rasgos psicológicos y de personalidad

Los rasgos de personalidad, la capacidad de gestionar el dolor y malestar psicológico, las habilidades de resolución de problemas y la capacidad de utilizar recursos internos y externos son factores importantes que pueden mitigar o aumentar el riesgo de suicidio.

Muchos investigadores están de acuerdo en que la depresión es el factor de riesgo más común en la conducta suicida en la adolescencia, pero se ha demostrado que la desesperanza puede ser un factor de predicción más preciso.¹⁹ Este estado de desesperanza se define como un sistema de patrones cognitivos con el denominador común de las perspectivas de futuro negativas.

Los trastornos de personalidad se encuentran en aproximadamente un tercio de las víctimas de suicidio, y estos trastornos conllevan un riesgo de suicidio 2,9 veces mayor en comparación con la población general.²⁸ Los rasgos de personalidad frecuentemente asociados son la impulsividad, la agresividad y el perfeccionismo.

La agresividad impulsiva, definida como la tendencia a reaccionar ante la frustración o la provocación con hostilidad o agresividad, es un rasgo psicológico que ha demostrado predisponer a la conducta suicida,²⁸ cuyo impacto disminuye progresivamente con la edad.

En algunos estudios, el neuroticismo, caracterizado por una tendencia temperamental innata a reaccionar negativamente y de forma más prolongada y severa de lo habitual ante el estrés, se ha identificado como un marcador de riesgo de cierta relevancia.²⁸

Otros factores asociados a un alto riesgo de comportamiento suicida son una baja autoestima y confianza en uno mismo,³⁹ un modelo de autoapreciación y culpabilidad negativamente distorsionado, con sentimientos de derrota, atrapamiento, frustración y falta de sentido de pertenencia, así como una escasa capacidad de resolución de problemas.⁵

Cada uno de estos factores, individualmente o en combinación, puede conducir a un aumento de la angustia psicológica hasta un punto intolerable y llevar a una persona a tratar de escapar de esto a través del suicidio u otros métodos autolesivos.

Varios estudios señalan la influencia de la orientación sexual en la adolescencia sobre las conductas autolesivas y suicidas.³⁹ Las personas lesbianas, gays, bisexuales y transexuales son más propensas a planificar y cometer suicidio que sus compañeros heterosexuales.²⁸

Los jóvenes LGBT tienen un riesgo entre dos y seis veces mayor de tener comportamientos autolesivos,³⁹ un riesgo cuatro veces mayor de intento de suicidio,⁴⁰ y una probabilidad ocho veces mayor de intentar suicidarse al menos cuatro veces,⁴¹ con un riesgo desproporcionadamente mayor para los varones.⁶

Existe una clara relación entre los adolescentes LGBT, el suicidio y una alta prevalencia de trastornos del estado de ánimo, abuso y/o dependencia de sustancias, rechazo familiar y victimización;²⁸ sin embargo, incluso después de controlar estos factores de riesgo, el mayor riesgo de suicidio persiste.³⁶ Además, los adolescentes de minorías sexuales tienen menos factores de protección que los adolescentes heterosexuales.⁵

4.2- Factores de adversidad familiar

4.2.1- Antecedentes familiares de comportamiento suicida

La muerte de un familiar o de un miembro cercano de la comunidad por suicidio puede tener una influencia perturbadora en la vida de una persona. Perder a alguien cercano es realmente devastador, y además del dolor y el duelo, la naturaleza de la muerte puede causar aún más estrés, culpa, ira, ansiedad y angustia entre los miembros de la familia y los seres queridos.

La dinámica familiar puede cambiar bruscamente y las fuentes de apoyo previamente conocidas pueden verse alteradas. Además, el estigma asociado al suicidio puede dificultar la búsqueda de ayuda e inhibir a otros de ayudar.

Existen pruebas sólidas y convincentes, a través de estudios de adopción, de gemelos y de familias, de que los comportamientos suicidas son familiares y quizás genéticos, y que esta tendencia se transmite a los miembros de la familia independientemente de la presencia de trastornos psiquiátricos.⁴² Los adolescentes con antecedentes maternos de suicidio consumado tienen 5 veces más probabilidades de tener conductas suicidas que otros adolescentes y el doble si la figura paterna se suicidó.³⁹ Una mayor carga familiar de conducta suicida se asoció con un mayor riesgo y un inicio más temprano de intento de suicidio en la descendencia, lo que sugiere que la conducta suicida de inicio temprano es de causa familiar, es decir se puede deber a patrones de imitaciones o vivencias traumáticas del adolescente.⁴²

Es poco probable que estos efectos se deban solo a la imitación, ya que los estudios de adopción muestran concordancia entre los parientes biológicos, pero no en los parientes adoptivos.⁶ En un estudio de alto riesgo, la transmisión de la conducta suicida de padres a hijos estuvo mediada por la transmisión de la agresión impulsiva, lo que sugiere que la agresión impulsiva puede ser un endofenotipo conductual que describe una predisposición genética para la conducta suicida.²⁸ Los estudios de gemelos y de adopción sugieren que los factores genéticos representan una parte de la transmisión familiar de la conducta suicida, con estimaciones de heredabilidad del 30-50%.⁶

El suicidio de un familiar o de un ser querido puede reducir el umbral del suicidio en alguien que está de luto, por lo que los afectados con una historia cercana de suicidio tienen un mayor riesgo de tener una conducta suicida.¹

4.2.2- Características de la familia

Se han implicado varios factores familiares en la transmisión no genética de las conductas suicidas, a saber, la psicopatología de los padres, los antecedentes familiares de suicidio, conflictos familiares, la pérdida de un familiar por muerte o divorcio, una relación escasa o problemática entre padres e hijos y los malos tratos.^{28,36,42}

La psicopatología de los padres, especialmente la depresión, el abuso de sustancias y el comportamiento antisocial, son un factor de riesgo probado para la ideación de suicidio, los intentos de suicidio y el suicidio en la adolescencia, incluso después de que la psicopatología de la víctima se haya controlado.^{28,39}

Varios estudios han demostrado también que la muerte de un familiar, un divorcio o el alejamiento de la vivienda de uno o ambos padres son factores de riesgo importantes para cometer suicidio.³⁶ Además, cuanto mayor es la duración de la exposición a una familia monoparental antes de los 16 años, mayores son las tasas de prevalencia de los trastornos de ansiedad entre los 21 y 25 años.³⁶ Sin embargo, según algunos autores la relación entre la ruptura familiar y el suicidio puede explicarse en parte por la presencia de una mayor tasa de psicopatología en las parejas cuya relación termina en divorcio.³⁹

A pesar de la evidencia de que el divorcio de los padres y la presencia de un padrastro están asociados con los intentos de suicidio y la ideación, se ha informado de que el conflicto marital es un predictor más fuerte del futuro suicidio que el divorcio, dado que muchos de los problemas que experimentan los niños de familias cuyos padres se divorcian posteriormente pueden observarse mucho antes de la separación.⁴⁰

Las familias de los jóvenes suicidas suelen caracterizarse por una estructura disfuncional en el sentido de una elevada rigidez y cohesión, una autoridad excesiva o inadecuada, expectativas rígidas o poco realistas, frecuentes conflictos intrafamiliares, marcadas dificultades de comunicación, pobre involucramiento emocional y escasas redes de sociabilidad.

La calidad de la relación padre-hijo es también un importante factor de riesgo de suicidio, en particular la relación entre el hijo y el padre, incluso después de ajustar otros factores.²⁸ La percepción de falta de apoyo o disponibilidad de los padres, con la consiguiente fragilidad del vínculo paterno-filial, también se asocia con el intento de suicidio en la adolescencia. Una posible explicación es que la percepción de la debilidad de la familia conduce a una mayor sensación de desesperanza y de desesperación, lo que puede provocar la respuesta extrema del suicidio.⁴³

Por el contrario, la cohesión familiar, un vínculo positivo entre padres e hijos con tiempo entre ellos, la supervisión familiar y las altas expectativas académicas y de comportamiento actúan como factores de protección.²⁸

Entre las mujeres, la presencia de una relación problemática con los padres es el factor predictivo más significativo a nivel familiar, mientras que en los varones tanto una relación

problemática como la ausencia total de relación con una de las figuras parentales es un fuerte factor de riesgo tanto para la ideación suicida como para el intento de suicidio.³⁵

4.3- Acontecimientos vitales adversos

La mayoría de los modelos teóricos de las conductas suicidas proponen la hipótesis de un modelo predisposición-estrés en el que los factores psiquiátricos, psicológicos y biológicos predisponen al individuo a estas conductas autodestructivas, mientras que los acontecimientos vitales que inducen al estrés interactúan con estos factores aumentando el riesgo.

En consonancia con el modelo mencionado, las conductas suicidas suelen ir precedidas de acontecimientos estresantes, como conflictos familiares o de pareja, presencia de problemas legales, disciplinarios y académicos,³⁰ actos suicidas en compañeros y amigos, acoso escolar, problemas económicos y desempleo en la familia.

La prevalencia de factores estresantes específicos entre las víctimas del suicidio varía según el grupo de edad: el conflicto entre padres e hijos es un precipitante más común en los adolescentes jóvenes, mientras que los conflictos y las pérdidas románticas (por ejemplo, el fin de una relación amorosa) son más comunes en los adolescentes mayores.³⁹

Las dificultades escolares, como el bajo rendimiento y el abandono escolar, son riesgos importantes para el suicidio consumado; algunos estudios muestran que los adolescentes que abandonan la escuela tienen treinta y siete veces más probabilidades de intentar suicidarse, incluso después de controlar los factores de riesgo concomitantes.³⁹

Otros factores de estrés distales, como las condiciones perinatales y el maltrato infantil, se han asociado con el comportamiento suicida posterior. Uno de los objetivos de la investigación futura es especificar los mecanismos por los que dichos factores dan lugar a un aumento significativo del riesgo.³⁰

4.3.1- Abuso físico, emocional y sexual

La exposición a los malos tratos en la infancia (o el abuso y/o la negligencia) es muy frecuente en la población general y se considera un factor de riesgo importante para el suicidio.⁴⁴

El maltrato incluye: negligencia física, negligencia emocional, abuso psicológico, abuso físico y abuso sexual.⁴³ El maltrato o abuso se produce cuando -un sujeto en condiciones de superioridad (edad, fuerza, posición social o económica, inteligencia, autoridad) comete una acción u omisión capaz de causar un daño físico, psíquico o sexual, en contra de la voluntad de la víctima, o mediante un consentimiento obtenido por engaño o seducción".⁴⁵

La negligencia implica la omisión de los cuidados básicos y la protección del niño, como la alimentación, la seguridad, la supervisión y la atención médica, lo que se traduce en la no atención de las necesidades físicas y emocionales prioritarias.⁴⁵ El maltrato físico abarca el uso de la fuerza física contra el niño o adolescente por parte de los padres, tutores, cuidadores o personas cercanas al niño, de forma intencionada, con el objetivo de dañar o lesionar a la víctima, pudiendo incluso provocar secuelas.⁴⁵ El maltrato psicológico es cualquier forma de

rechazo, discriminación, depreciación o falta de respeto hacia el niño o adolescente. Puede implicar comportamientos como el castigo, la humillación o la aterrorización con graves agresiones verbales y promover el aislamiento del niño, privándole de experiencias comunes a su edad, de tener amigos, o incluso induciendo a la prostitución, al consumo de drogas y a la delincuencia. Este tipo de violencia es uno de los más difíciles de identificar, debido a su sutileza y a la falta de materialidad de los actos, aunque tiene un impacto profundamente negativo en el desarrollo biopsicosocial.⁴⁵ Por último, el abuso sexual es el contacto forzado o la conducta sexual inapropiada entre un adulto y un niño o adolescente para su propia satisfacción sexual o la de otro, donde la víctima es forzada a las prácticas sin tener la capacidad emocional o cognitiva para consentir o evaluar la situación.⁴⁵

Varios estudios han demostrado que todos los tipos de maltrato durante la infancia se asocian con un aumento significativo del riesgo de intento de suicidio, independientemente de la psicopatología y las características sociodemográficas.⁴⁴ Además, el maltrato se asocia con la ideación suicida y los intentos de suicidio a una edad más temprana.⁴⁴ Los efectos adversos en la infancia tienden a estar interrelacionados y correlacionados, y actúan de forma acumulativa para aumentar el riesgo de desarrollar un trastorno mental y el suicidio.¹

El impacto negativo en la víctima estará mediado por una serie de factores, como el tipo y la frecuencia de los abusos y la naturaleza de la relación entre la víctima y el agresor.⁶ Hay pruebas que sugieren que el abuso sexual y emocional son factores de riesgo más importantes en relación con el abuso físico y la negligencia. El abuso sexual intrafamiliar supone además un mayor riesgo de intentos de suicidio y de conductas autolesivas. El abuso sexual contribuye directa e indirectamente al comportamiento suicida. Se trata de un proceso complejo en el que intervienen múltiples variables, entre las que se encuentran la psicopatología (impulsividad patológica y abuso de sustancias), y las características de personalidad desadaptativas en las que estos adolescentes tienen dificultades para adquirir habilidades sociales para fomentar relaciones sanas, lo que les lleva a un aislamiento social, además de la contribución directa del propio abuso.⁴⁶

Aproximadamente entre el 15 y el 20% de las chicas que intentan suicidarse tienen un historial de abusos. Aunque la mayoría de los estudios se centran en los abusos sexuales en las mujeres, el efecto parece ser aún más profundo en los hombres: el 52% de las víctimas de violación han intentado suicidarse, frente al 22% del sexo femenino.⁴⁰

Cabe destacar que el maltrato infantil contribuye a la transmisión familiar de la tendencia al suicidio, ya que una historia de maltrato por parte de los padres aumenta el riesgo de que la descendencia sufra un maltrato similar. Así pues, el maltrato no sólo es un factor de riesgo para los individuos maltratados cuando son niños, sino también para la siguiente generación.⁴²

4.3.2- Bullying

Varios estudios sobre jóvenes con conductas autolesivas y actos suicidas han demostrado que tienen mayores tasas de fracaso o abandono escolar, problemas de conducta o aislamiento social.

El acoso escolar es un tipo de violencia entre iguales en la escuela o incluso en el barrio. El término bully (agresor, matón) está relacionado con la agresividad y la victimización de los demás. Se trata de un comportamiento agresivo hacia un individuo o un grupo en una condición de supuesta inferioridad, llevado a cabo de forma intencionada y repetida en el tiempo.

Dependiendo del país, entre el 5 y el 20% de los adolescentes pueden identificarse como víctimas de acoso.⁴⁷

Los adolescentes que se consideran víctimas del acoso de sus compañeros parecen tener un mayor riesgo de adoptar conductas autolesivas, especialmente entre los adolescentes más jóvenes. También parecen tener menos estrategias de afrontamiento y más trastornos del sueño, factores que también se han identificado como factores de riesgo de conductas autolesivas y suicidas.⁴⁷ El acoso, ya sea como víctima o como agresor, se asocia con un mayor riesgo de adoptar conductas autolesivas o de intentar suicidarse, incluso después de controlar otros factores de riesgo como la depresión y los problemas de conducta.³⁹ El estudio de Cash y Bridge describe que, en los varones, los que eran tanto víctimas como agresores tenían más probabilidades de adoptar conductas suicidas que los que no mostraban conductas de acoso o los que eran simplemente víctimas.³⁶

Con los avances tecnológicos, ha surgido una nueva forma de acoso, conocida como ciberacoso que consiste en el uso de las tecnologías de la información y la comunicación para difundir mensajes, comentarios, imágenes y/o vídeos de carácter personal de la víctima, con el fin de acosar, difamar y difundir rumores. La asociación entre el ciberacoso y el suicidio es un área que necesita más investigación.

4.4- Factores socioculturales

Las comunidades en las que viven las personas tienen una importante relación con los factores de riesgo de los actos suicidas. En todo el mundo, diferentes factores históricos, culturales, religiosos y jurídicos han configurado la situación, la percepción y la comprensión del suicidio. El estudio de estos factores ha permitido identificar una amplia gama de elementos comunitarios que influyen en el riesgo de futuros comportamientos autolesivos y suicidas. El estigma, la vergüenza y la culpa ocultan estos comportamientos. Si se abordan de forma proactiva los problemas mencionados, los sistemas sanitarios de apoyo y la propia sociedad pueden ayudar a prevenir la autodestrucción del individuo.¹

En general, el riesgo de fenómenos suicidas no parece reflejar las características socioeconómicas de las familias de estos adolescentes, lo que contrasta con la situación de los adultos, en los que las tasas de intentos de suicidio son mayores en los grupos socioeconómicos más bajos.⁴⁰

4.4.1- Barreras de acceso a la asistencia sanitaria

El riesgo de suicidio aumenta significativamente con la presencia de comorbilidades, por lo que una fácil, adecuada y oportuna asistencia sanitaria es fundamental en el intento de reducir el riesgo.

Las barreras pueden ser económicas, físicas, geográficas o personales. La estigmatización de la búsqueda de ayuda tanto para los trastornos mentales como para la ideación e intentos de suicidio agrava aún más la dificultad, lo que conduce a un acceso inadecuado a la atención y a un riesgo de suicidio aún mayor.¹

4.4.2- Exposición al suicidio: medios de comunicación e internet

Los adolescentes y los adultos jóvenes son especialmente susceptibles a las influencias de los medios de comunicación (periódicos, Internet, revistas, películas).⁶

La influencia de los medios de comunicación afecta a las tasas de suicidio, especialmente en los primeros treinta días tras la publicación de un informe de suicidio, con incrementos proporcionales en las tasas tanto de actos suicidas como de conductas autolesivas con la cantidad de publicación realizada, cuando se proporcionan detalles de un método, si la víctima era una celebridad, si el suicidio se romantizó en lugar de informarse en asociación con una enfermedad mental y si se mencionan las consecuencias adversas del suicidio en los supervivientes.⁶ El riesgo de suicidio por imitación/contagio es especialmente alto y parece limitarse a los adolescentes y adultos jóvenes.³⁹ Hay algunas pruebas que indican que la imitación puede ser específica del método, es decir, la transmisión repetida de un tipo claramente definido de comportamiento modelo, que implica un método específico de suicidio con determinadas variables definidas, resulta en un aumento de la utilización de ese mismo método para suicidarse.²⁸

Internet puede ser tanto perjudicial como ventajoso en relación con el suicidio. Dado que los individuos más jóvenes son más vulnerables a las influencias de los medios de comunicación y debido al crecimiento de los sitios web y foros pro-suicidio, el impacto potencial sobre el suicidio y las autolesiones de los jóvenes es considerable. El reto consiste en garantizar que los nuevos medios de comunicación ofrezcan apoyo a estos jóvenes vulnerables en lugar de fomentar un comportamiento autodestructivo. Los grupos de apoyo en línea y las líneas telefónicas SOS pueden contribuir a la prevención.⁵

4.4.3- Acceso a medios

La accesibilidad a los medios que ofrecen riesgo es un importante facilitador del suicidio, especialmente en los suicidios impulsivos, que caracterizan muchos de los actos suicidas en los jóvenes. Estos suicidios impulsivos suelen utilizar métodos más violentos, como las armas de fuego, el ahorcamiento y la precipitación desde las alturas, por lo que es importante restringir el acceso a los métodos altamente letales. La presencia de armas de fuego en el hogar, así como otros métodos letales (drogas, entre otros) y la insuficiente supervisión de los padres aumentan el riesgo de suicidio.

Factores de riesgo	
Sociodemográficos	Factores como la edad, sexo, raza, etnia y religión han demostrado ser factores que contribuyen al riesgo de comportamiento suicida
Biológicos	Se han asociado niveles bajos de un metabolito de la serotonina con un mayor riesgo a comportamientos suicidas
Psiquiátricos	Estudios demuestran que un elevado número de jóvenes que han intentado el suicidio presentan algún trastorno psiquiátrico, como del estado de ánimo y de ansiedad. La depresión está probada como siendo el factor de riesgo con asociación a la idea y comportamientos suicidas.
Intentos de suicidio anteriores	La mayor parte de los jóvenes que se han intentado suicidar tiene historia de intentos previos. Un intento previo es uno de los factores de riesgo más fuertes para un futuro suicidio consumado.

Rasgos de personalidad	Estando presente en un gran número de adolescentes que intentan el suicidio, características como poca habilidad de gestionar problemas, el neuroticismo, baja autoestima y confianza son factores de riesgo muy importantes en la predicción de un intento de suicidio.
Historia familiar	La psicopatología de los padres como la depresión, abuso de sustancias y comportamiento antisocial, historia familiar de comportamientos suicidas, la pérdida de un pariente o el divorcio, relaciones problemáticas entre padres e hijos y maltratos están asociados a un aumento de comportamientos autolesivos y riesgo de suicidio en la adolescencia.
Violencia	El abuso en la infancia ya sea sexual, físico o emocional aumenta el riesgo de depresión y comportamientos suicidas en relación con jóvenes que no presentan historia de abusos.
Acontecimientos vitales adversos	Algunos acontecimientos de vida están fuertemente asociados al suicidio en los adolescentes, como, por ejemplo: pérdidas, conflictos familiares, muerte de entes queridos, problemas académicos, enfermedades, entre otros.
Bullying	El bullying, muy presente en estas edades, es definido como un comportamiento violento o perjudicial manifestado por intimidación y abuso con intención de humillar a la víctima. Con esto, hay un mayor impacto en la salud mental y predispone a síntomas depresivos de baja autoestima y aislamiento social, tornándose, actualmente, en uno de los factores más relacionados con los intentos de suicidio.
Internet y medios de comunicación	Varios estudios señalan que la influencia de los media en los relatos sobre el suicidio y como lo hacen incrementa el riesgo de actos suicidas y comportamientos autolesivos. El riesgo de suicidio por imitación es particularmente elevado, siendo la exposición hecha a través de websites de noticias, redes sociales y/o foros de discusión.
Acceso a medios letales	La facilidad con que los jóvenes, en los días de hoy, consiguen acceder a distintos medios que les permitan autolesionarse incrementan las tentativas de suicidio, principalmente en los jóvenes con rasgos de personalidad impulsiva.
Sistemas de salud	Barreras para obtener acceso a la atención de salud

Tabla 3. Resumen principales factores de riesgo del suicidio en adolescentes.

Además de la impulsividad propia de la adolescencia, el presente trabajo de revisión se centró en los diversos factores que han demostrado aumentar el riesgo de que un adolescente cometa un acto autolesivo, haciendo especial hincapié en los trastornos mentales, en los que la depresión y los sentimientos de desesperanza desempeñan un papel fundamental; los antecedentes familiares de psicopatología y suicidio; los factores vitales adversos, como ser víctima de malos tratos; y el acceso a medios letales. En la Tabla 5 se resumen los principales factores de riesgo de suicidio en adolescentes. El mayor factor de riesgo para el suicidio consumado es un intento de suicidio previo, incluso después de controlar el trastorno psiquiátrico. Se han producido nuevos y prometedores hallazgos sobre los factores biológicos del suicidio en adultos, pero aún no se han estudiado suficientemente en los jóvenes, siendo este uno de los aspectos que debería investigarse más. Sin embargo, a pesar de la multitud de escenarios descritos, los datos de los que actualmente disponemos confirman que el suicidio es prevenible, pero a través de estrategias de prevención necesariamente de enfoque multisectorial para que resulten eficaces.

5- Factores de protección

Los factores de protección corresponden a las características y circunstancias individuales, colectivas y socioculturales que, cuando están presentes y/o se refuerzan, se asocian a un menor

riesgo y a la prevención de las conductas autolesivas y de los actos suicidas. Estos factores crean una resistencia al estrés, mitigando la vulnerabilidad de un determinado individuo y moderando el impacto que el estrés o la adversidad en la vida pueden crear.

Las creencias religiosas, la práctica de la religión y la espiritualidad se han asociado a una menor probabilidad de intentos de suicidio; las objeciones morales al suicidio y el sentido de pertenencia a una comunidad con un apoyo social adecuado también parecen proteger contra la ideación suicida entre las personas de riesgo.³⁰

El riesgo de comportamiento suicida aumenta cuando el individuo sufre problemas sociales, con dificultades para mantener relaciones debido a conflictos, desavenencias o pérdidas. Por el contrario, el fomento y el mantenimiento de relaciones estrechas y saludables puede aumentar la resiliencia individual y actuar como factor de protección contra comportamiento autolesivo o suicida. El círculo social personal, formado por la pareja, la familia, los compañeros y los amigos, es el que más influye en el individuo y puede ser un apoyo clave en tiempos de crisis. Los amigos y la familia pueden ser un importante apoyo social, emocional y económico, y pueden amortiguar el impacto de los factores de estrés externos. Las relaciones son especialmente protectoras para los adolescentes, que tienen mayores niveles de dependencia.¹

Los adolescentes que describen su círculo familiar como una familia con un alto grado de cohesión, con capacidad de implicación mutua, intereses comunes y apoyo emocional tienen un riesgo entre 3,5 y 5,5 veces menor de tener comportamientos autodestructivos en comparación con los adolescentes con la percepción de pertenecer a una familia menos cohesionada, con los mismos niveles de depresión y factores de estrés similares.³⁹

El bienestar subjetivo y las estrategias eficaces de afrontamiento positivo pueden proteger contra el suicidio. La estabilidad emocional, una perspectiva optimista y una identidad desarrollada ayudan a hacer frente a las dificultades de la vida.⁴⁸ Una buena autoestima y una capacidad eficaz para resolver problemas, que incluya la capacidad de buscar ayuda cuando sea necesario, pueden mitigar el impacto de los factores de riesgo y la adversidad en la infancia.⁴⁸

Las opciones de estilo de vida saludable que promueven el bienestar físico y mental incluyen el ejercicio regular, los hábitos de sueño y alimentación adecuados, la consideración del impacto del alcohol y las drogas en la salud, el mantenimiento de relaciones saludables y la integración social, y el manejo efectivo del estrés.^{1,48}

Se sabe que el sentido de pertenencia a una familia, escuela, grupo, institución o comunidad puede proteger a un joven del suicidio.¹

Aunque cada vez hay más investigación en la literatura sobre los factores de riesgo, todavía hay una escasez de información sobre los factores de protección (Figura 8); sería muy importante conocer los factores que están más relacionados con que un adolescente deje de autolesionarse.

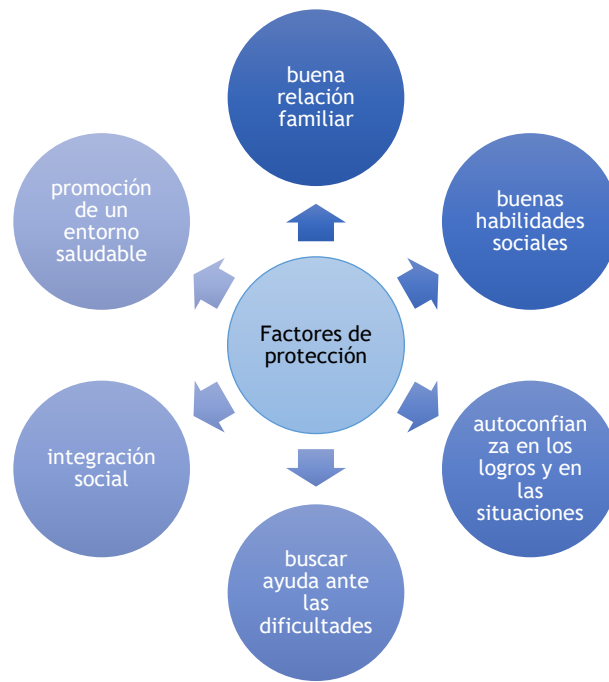


Figura 8. Principales factores de protección de suicidio en jóvenes (elaboración propia).

6- Impacto de la Pandemia Covid-19

En diciembre de 2019, se registró el primer caso de SARS-Cov-2. El virus progresó y se expandió rápidamente, extendiéndose por todo el mundo y llevando a la Organización Mundial de la Salud (OMS) a declarar una pandemia mundial el 11 de marzo de 2020. El COVID-19 se registró en más de 180 países, y ante la rápida progresión de la enfermedad, se adoptaron estrategias para reducir la propagación, siendo la medida más implementada el distanciamiento social. Durante algún tiempo en España, así como en todo el mundo, la gente se enfrentó a medidas de confinamiento, y se cerraron muchos servicios y actividades económicas, incluidas las escuelas y otras estructuras de apoyo a los niños. Así, la población vivía en un alto grado de aislamiento social, confinada en sus hogares, lo que sin duda repercutió en sus vidas, en varias dimensiones. De hecho, en 2020 la población vivió una situación única, por lo que todos los mecanismos de adaptación fueron nuevos retos a nivel individual o familiar. Una de las mayores y más preocupantes situaciones psicosociales derivadas de la pandemia fue el aislamiento social, responsable de un gran impacto a nivel psicológico. Está integrado por algunos factores causantes de estrés, como el alejamiento de la familia y los amigos y la superposición de varios ámbitos de la vida, antes separados: la escuela y la familia, entre otros.

Como consecuencia de la pandemia, y teniendo en cuenta las posibles y previsibles consecuencias psicosociales en las personas, la OMS destaca la atención que debe prestarse a los grupos de mayor riesgo, es decir, los jóvenes. El confinamiento conlleva algunas implicaciones, como la falta de rutinas y sentimientos de frustración o información insuficiente sobre la pandemia y el futuro. Además, según algunas investigaciones previas, pueden desarrollar sentimientos de tristeza e inseguridad, frustración o aburrimiento, signos tempranos de ansiedad derivados de la preocupación constante, así como síntomas depresivos, consecuencia de un estado de tristeza, bajo estado de ánimo o falta de motivación.⁴⁹

El cierre de las escuelas durante un largo periodo de tiempo conlleva una disminución de la actividad física y un estilo de vida más sedentario, horarios de sueño irregulares y más tiempo de pantalla. Además, muchos jóvenes son controlados por el psicólogo de la escuela, por lo que no asistir a la escuela significa, para muchos, la interrupción del asesoramiento psicológico, lo que empeora su salud mental, sobre todo teniendo en cuenta que los efectos de las catástrofes pueden empeorar muchos problemas preexistentes. Aunque el cierre de escuelas es la forma más visible de impacto para los jóvenes, no es el único factor que les afecta. Cuando se combina con los factores de estrés que conlleva vivir aislado, puede tener consecuencias como un retraso en el desarrollo cognitivo, emocional y social, e incluso puede aumentar el riesgo de problemas de salud mental en los adolescentes. Además, los jóvenes experimentan un retraimiento social y altos niveles de aislamiento, que pueden desencadenar sentimientos de incertidumbre, miedo y desesperación.

Según estudios previos,⁵⁰ se ha comprobado que el aislamiento social de amigos y profesores puede afectar a la salud mental, el bienestar y el comportamiento de los niños. Todos estos resultados ponen de manifiesto la importancia de las relaciones sociales para el bienestar mental, relaciones que el aislamiento social ha limitado. Por definición, el bienestar socio-emocional se desarrolla en el contexto inherente a las interacciones sociales, siendo relevante atender a las interacciones con otros miembros de la familia, compañeros de escuela, amigos y conocidos, que son fundamentales para el desarrollo de su bienestar socio-emocional y que en su mayoría se vieron suspendidas en el periodo de reclusión.⁵¹

La irritabilidad se ha descrito como transversal a todas las edades y, principalmente, común en los jóvenes.⁵² En un estudio realizado en España e Italia para conocer la influencia de la pandemia en el comportamiento de los niños y jóvenes, se descubrió que en España el 88,9% de los padres informaron de cambios en el comportamiento y el estado emocional de sus hijos. Las dificultades más evidentes fueron la falta de concentración (76,6%), la sensación de aburrimiento (52%), la irritación, la sensación de soledad y la inquietud.⁵³

Por último, los factores familiares, como las reacciones de los padres, la calidad de la relación y las interacciones entre las figuras parentales y el joven, influyen en las reacciones de los jóvenes ante las catástrofes y, dado que los padres suelen ser importantes modelos de conducta para sus hijos, las habilidades parentales son aún más cruciales durante el confinamiento.⁵⁴ Dado que la respuesta del niño al trauma no sólo se basa en variables individuales, sino que también difiere según la naturaleza del suceso, las experiencias previas, el apoyo adulto disponible y la estabilidad de una rutina diaria, es evidente la importancia de la disponibilidad y las prácticas de los padres, así como el potencial negativo que pueden tener los cambios de rutina, tanto durante como después del confinamiento.

Así y atendiendo a la realidad de hoy en día, los confinamientos, la falta de movimiento, la reducción de las interacciones sociales, la asistencia no presencial a clase, o la enfermedad o muerte de un ser querido han provocado un significativo empeoramiento en la salud mental de los adolescentes, quienes están en una etapa de la vida en la que las relaciones sociales reciben mucho protagonismo y se es más impulsivo.

La pandemia Covid-19 aún no ha terminado y todavía no tenemos estudios suficientes sobre su impacto en las cifras de suicidio. Hay algunos estudios internacionales que muestran informaciones distintas: en Australia se hizo un estudio donde no se verifica un aumento en las tasas de suicidio, mientras que en uno realizado en los EE.UU. se describe un descenso de las ideas suicidas. Sin embargo, en otros países se describe un aumento de las ideas de suicidio.⁵⁵

Es bastante complicado encontrar información sobre el impacto de la Pandemia a nivel mundial, más incluso a nivel nacional y, sobre todo, para el rango de edad a estudio. El único estudio realizado hasta el momento en España fue realizado en Barcelona y muestra un aumento en el número de consultas realizadas por ideas o intentos de suicidio. El estudio abarca todas las edades, pero aun así es posible verificar, para todas ellas, un aumento significativo (Figura 9).⁵⁵

En suma, aún es pronto para sacar conclusiones definitivas sobre el impacto de la Pandemia Covid-19 no solo a nivel de la salud mental, sino que también en los números de suicidio. Sin embargo, la información que tenemos hasta el momento es indicativa de un posible aumento de estas cifras por todas las consecuencias que esta situación ha traído a la vida de las personas y, principalmente, de los jóvenes.

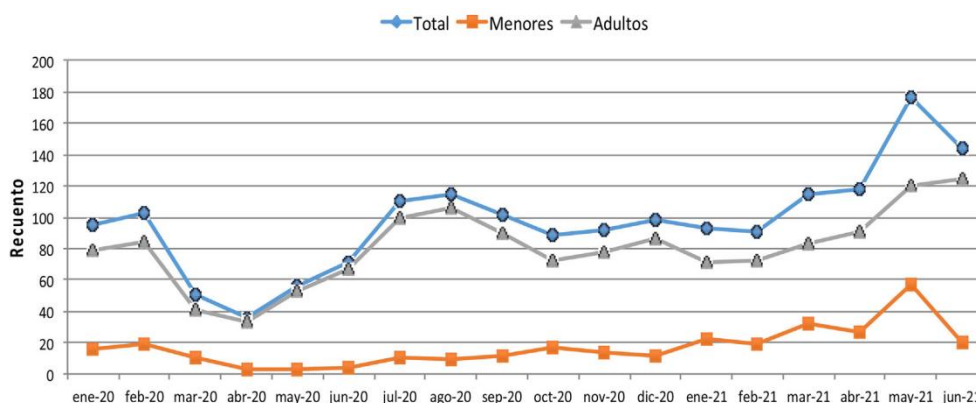


Figura 9. Número de casos de Código Riesgo Suicidio registrados desde enero de 2020 hasta junio de 2021.⁵⁵

7- Prevención

En un gran número de casos, los fallecimientos derivados de comportamientos autolesivos se podrían evitar. Es importante informar a la población sobre la importancia de este tema y, principalmente, concienciar acerca del fenómeno del suicidio. Es imprescindible la detección precoz de los grupos de riesgo con el objetivo de aplicar algún tipo de medida preventiva para intentar evitar la consumación del acto suicida.

Uno de los principales métodos que se han puesto en práctica está relacionado con uno de los mayores problemas – no “ser escuchado” – con los que se encuentran, normalmente, las personas con ideas autodestructivas. Conseguir una buena comunicación con estos individuos que se encuentran, muchas veces, atravesando una depresión es una importante estrategia de prevención, permitiéndoles hablar sobre sus problemas e ideas suicidas.⁵⁶

Actualmente, los proyectos asistenciales y preventivos dependen del momento de la intervención. Las intervenciones asistenciales se sostienen con medidas hospitalarias, de seguridad, terapia individual y familiar. Esto es, el cuidado incluye la intervención en circunstancias de emergencia y en las que la vida del individuo está en peligro; también se debe intervenir en diversos aspectos (clínico, familiar o social) con el objetivo de prevenir la reincidencia suicida.

Para Bancroft y Marsack hay 3 fases en la asistencia: antes de la crisis, durante la crisis y después de la crisis para impedir las recaídas (Figura 10).⁵⁷



Figura 10. Fases en la Asistencia para la prevención del suicidio.

Frecuentemente es posible intervenir justo antes de que ocurra algún intento suicida, y, en esas situaciones, es imprescindible la existencia de psicoterapia con profesionales capacitados que ayuden y atiendan a los pacientes. En este momento, también el apoyo de la familia y amigos próximos, más específicamente personas en las que el individuo confíe y con las que se sienta seguro, permiten que este sea capaz de hablar abiertamente sobre sus preocupaciones e ideas de muerte.

Ya si nos encontramos en el momento durante la crisis, la actuación debe ser lo más rápida y segura posible, ya que una toma de decisión tardía puede ser fatal. Para Solomon y Patch, una de las actitudes más correctas en esta situación es la conversación con el paciente con el principal objetivo de evitar que este prosiga con el intento suicida.⁵⁸

Después de un intento suicida, pasamos al tercer momento de intervención, que es, normalmente, el más frecuente. Es aquí donde se considera que los programas existentes son más eficaces. Hay varios puntos que se consideran importantes en esta fase, concretamente:

- Reforzar lo importante que es la escucha por parte de los profesionales durante las situaciones de crisis.
- Recalcar la importancia de la existencia de personas en los cuales estos adolescentes puedan confiar sus problemas.⁵⁸

Para Morón (1987), gran parte de los suicidios son realizados en contextos en los que es posible la intervención y el rescate. Así, este autor ve el suicidio como una última manera de comunicación, una petición de ayuda ante otros intentos que no han sido viables. Además, considera que hay algunas medidas que nunca deben de ser olvidadas respecto a la prevención: se deben tomar en serio todas las amenazas de tentativas de suicidio, siendo esta la regla primordial de la prevención. También el intento de suicidio implica que el individuo ya realizó conductas de ejecución y que las puede repetir; el nuevo intento puede ser cada vez más peligroso y con consecuencias fatales. Se requiere estar alerta y con las medidas asistenciales y de tratamiento adecuadas.⁵⁹

Con base en esto, en España, así como en todo el mundo desde hace mucho tiempo se fueron estableciendo medidas de prevención del suicidio.

Shneidman, considerado el “Padre de la Suicidología moderna” fue uno de los primeros en interesarse por este tema y en introducir los primeros avances respecto a la prevención y atención del suicidio. Para este autor, se trataba de la “ciencia de los comportamientos, los pensamientos y los sentimientos autodestructivos”.⁶⁰

En 2012 fue creado un plan de prevención del suicidio (SUPRE) por la OMS y en 2014 se realizó el primer informe llamado *Preventing Suicide – A global imperative*. En un último informe publicado en el año 2019, la OMS refiere la existencia de cuatro pilares fundamentales y que han demostrado eficacia en este problema:⁶¹

- 1- Limitar el acceso a los medios de suicidio
- 2- Interactuar con los medios de comunicación para que informen de forma responsable sobre el suicidio
- 3- Fomentar las habilidades socioemocionales para la vida en los adolescentes
- 4- Identificar, evaluar, gestionar y hacer un seguimiento temprano de cualquier persona afectada por comportamientos suicidas

Además, consideran que estas medidas deben ser acompañadas de otras como: análisis de la situación, colaboración multisectorial, sensibilización, creación de capacidades, financiación, vigilancia, seguimiento y evaluación.

Así, para la OMS la prevención del suicidio comprende una serie de acciones que van desde la provisión de las mejores condiciones posibles para la educación de los jóvenes y los niños, el tratamiento eficaz de los trastornos mentales, hasta el control medioambiental de los factores de riesgo. Una correcta comunicación de información y campañas que sensibilicen sobre el problema son medidas imprescindibles para el éxito de los programas de prevención.

En Europa, en 2010 se puso en marcha un proyecto llamado EUREGENAS (*European Regions Enforcing Actions Against Suicide*) que duró cuatro años. En él participaron Italia, Bélgica, Suecia, Rumanía, Finlandia, Alemania, Eslovenia, Reino Unido y España. Este proyecto contaba con el objetivo de prevenir pensamientos y conductas suicidas en Europa a través de la implementación de guías, herramientas y estrategias para la prevención para aportar adecuados conocimientos y habilidades a los profesionales. Se realizó a nivel regional para que después pudiese servir como ejemplo de buenas prácticas a nivel europeo. (Fundación Salud Mental España, 2014).

En España, la Fundación Salud Mental España (FSME) (2000-2019) para la prevención de los trastornos mentales y el suicidio se creó con el propósito de fomentar la salud mental y prevenir los trastornos mentales y el suicidio en España y es miembro de la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio (IASP), (2000-2019) fundada en 1960 por Erwin Ringel y Norman Farberow. La Asociación cuenta con profesionales y voluntarios de 77 países. Se trata de una organización no-gubernamental dedicada a la prevención del suicidio.

La FSME fundó la Sociedad Española de Suicidología en 2015, una asociación científica y profesional dedicada al estudio y prevención del suicidio y el Observatorio de Suicidio con el objetivo de mantener actualizada, analizar y divulgar la información sobre su magnitud epidemiológica, impacto social y experiencias y estrategias de prevención, creando recientemente el Instituto de Formación en Suicidología para la impartición de cursos sobre el suicidio (FSME, 2000-2019).

No obstante, es importante destacar que en España no existe un plan de prevención a nivel nacional. Todas las medidas y programas son a nivel de las comunidades autónomas. En Galicia, estas medidas están presentes en el Plan de Prevención del Suicidio Galego (Tabla 6).

Comunidad autónoma	Medidas	
Andalucía	Medidas de prevención del suicidio incluidos en el III Plan Integral de Salud Mental - PSIMA (2016-2022); Participación en el Proyecto Europeo Euregenas (2012-2014).	
Asturias	Importante papel de la Universidad de Oviedo que desarrolló el programa de prevención de la recurrencia del comportamiento suicida basado en el manejo de casos (PSyMAC)	
Castilla y León	Tienen un protocolo de intervención acordado entre los centros de salud y los de salud mental.	
Cataluña	Con el Programa de Prevención de Conducta Suicida, esta comunidad autónoma fue pionera en la prevención del suicidio. Además, creó el Programa Codi Risc Suïcidi (CRS) en el que los pacientes se incluyen en el programa según una clasificación basada en el riesgo suicida evaluando según la escala MINI Implantó un programa de seguimiento intensivo de pacientes que intentaron el suicidio, desarrollado por la Fundación Jiménez Díaz y el SAMUR- Protección Civil de Madrid.	
Madrid	Además, se creó un procedimiento de consulta en salud mental en plazo máximo de una semana tras un alta en urgencias por intento suicida.	
La Rioja	Está terminando la elaboración del III Plan de Salud Mental (2016-2020), centrado en la prevención y abordaje de la conducta suicida. Tiene, también, prevista la creación de un Plan específico de prevención del suicidio.	
Murcia	Grupo de trabajo en la Subdirección de Programas de Salud Mental para la valoración del riesgo suicida desde los servicios de urgencias de los principales hospitales, desde 2015.	
Navarra	Protocolo de colaboración institucional de prevención y actuación ante conductas suicidas establecido en 2014.	
País vasco	La Red de Salud Mental de Álaba, el Hospital Universitario de Álaba y el Instituto Vasco de Medicina Legal participan en una comisión para el estudio y prevención del comportamiento suicida y apoyo a los profesionales. La Red de Salud Mental de Biscaia, junto con el hospital de Cruces y San Eloy están realizando un proyecto piloto de detección y seguimiento de pacientes en riesgo suicida a través de identificación por medio de un código diagnóstico único para la tentativa de suicidio. En colaboración con el Instituto de Medicina Legal, la Red de Salud Mental de Gipuzkoa también está elaborando un mapa de suicidios y tentativas e imparte talleres para los medios de comunicación y divulgadores sociales.	
C. Valenciana	Plan de prevención del suicidio y manejo de la conducta suicida que tiene como objetivo implementar acciones concretas para prevenir, mejorar la detección precoz del riesgo de suicidio y formar profesionales, presentado en mayo de 2017.	
Galicia	Ourense, Verín y O Barco de Valdeorras	Programa de Intervención Intensiva (PII) desde 2009 con el objetivo de prevenir intentos de suicidio, mejorar asistencia e incrementar detección de pacientes de riesgo.
	Pontevedra y O Salnés	Protocolo de atención preferente para pacientes con riesgo de suicidio en las Unidades de Salud Mental.
	A Coruña	Protocolo de actuación en la conducta suicida desde 2012 (Servicio de Psiquiatría A Coruña). Vía de consulta rápida para pacientes con riesgo de conducta suicida que van al servicio de urgencias, desde 2014 (Programa de alta resolución en Psiquiatría) Desde junio de 2015, Protocolo para pacientes ingresados con riesgo de suicidio en las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica (incluye escalas de valoración de riesgo y exploración para pacientes y familiares).
	Santiago de Compostela	Protocolo para la atención al paciente con intento de suicidio.
	Ferrol	El servicio de Psiquiatría de la EOXI de Ferrol mantiene desde 2009 tres líneas de investigación: epidemiología de la conducta suicida; genética de la conducta suicida y características de los suicidios consumados.
	Vigo	Protocolo de actuación para estandarizar el manejo y el tratamiento urgente de pacientes con posible patología psiquiátrica en el Servicio de Urgencias del CHUVI.
Lugo, Cervo y Monforte de Lemos	Estudio sobre el suicidio consumado que incluye todos los casos de suicidio de la provincia de Lugo desde 2007.	

Tabla 4. Resumen de las principales medidas de prevención de cada comunidad autónoma, según el Plan de Prevención de Suicidio Galego.⁶²

Este Plan de Prevención de Suicidio Galego, creado en Galicia en 2017, con el objetivo general de disminuir los números del suicidio, plantea varios objetivos específicos:⁶²

- Aumentar la coordinación entre las instituciones y los agentes implicados en la prevención de la conducta suicida
- Aumentar la sensibilización y la concienciación de la sociedad sobre el suicidio como un problema de salud
- Mejorar la atención que desde la organización sanitaria se les presta tanto a las personas que presentan conducta suicida como a sus familiares
- Fomentar la investigación y el conocimiento respecto a la conducta suicida en Galicia

De este plan forman parte siete líneas estratégicas que engloban el proceso de la conducta suicida, así como los agentes implicados: Coordinación institucional, Sensibilización y concienciación, Prevención y abordaje, Acceso a los medios letales, Formación de profesionales, Atención a supervivientes e Investigación y alerta epidemiológica (Figura 11):



Figura 11. Líneas estratégicas de prevención del suicidio (fuente: Plan de Prevención del Suicidio en Galicia, Sergas).⁶²

Una revisión sistemática sobre los programas de prevención del suicidio demostró que restringir el acceso a los medios letales y formar a los médicos para que reconozcan y traten la depresión y el comportamiento suicida tuvo efectos muy importantes en la reducción de las tasas de suicidio. Los programas de restricción pueden disminuir las tasas de suicidio en un 23%, mientras que los programas de educación y formación médica en atención primaria muestran una reducción consecuente de entre el 22 y el 73%.³⁰

Finalmente, las estrategias de postvención (intervenciones posteriores al suicidio para atención al entorno más próximo), tienen como objetivo apoyar a los familiares, amigos y otras personas cercanas al niño o adolescente que se ha suicidado en el proceso de duelo. Estos pueden y deben beneficiarse de las intervenciones en un intento de facilitar el duelo, reducir los sentimientos de culpa, la depresión y disminuir los efectos de la culpa y el trauma.⁶¹ Igualmente importante es la intervención más dirigida a los amigos y hermanos debido al posible efecto de suicidio por imitación o contagio.⁶³

Algunos estudios han revelado que, tras sólo un día de formación para los médicos de atención primaria, la investigación de la ideación suicida aumentó en un 32,5% y la identificación de pacientes con conductas suicidas aumentó en un 130%.³⁹

Así pues, los médicos de familia desempeñan un papel clave en la prevención del suicidio en los adolescentes debido a su contacto privilegiado con los jóvenes en riesgo y también con sus familias. Es esencial seguir invirtiendo en la formación específica de los profesionales de atención primaria para optimizar la capacidad de los médicos de identificar los factores de riesgo y posibilitar así una intervención temprana.

En resumen, y según varios autores, las principales intervenciones orientadas a la prevención del suicidio son las que se muestran en la Tabla 7:^{1,5,27,38,63-66}

Detección y tratamiento precoz de los trastornos mentales	
Restricción/minimización del acceso a medios letales (por ejemplo, armas de fuego, sustancias tóxicas)	
Prevención del consumo de alcohol	
Programas de educación y concienciación sobre comportamientos autodestructivos	
Reducir el estigma asociado a los trastornos mentales y la búsqueda de ayuda	
Formación de los profesionales de los medios de comunicación en materia de prevención debido al efecto de contagio	
Creación de líneas telefónicas de ayuda	
Mayor accesibilidad a los servicios sanitarios	
Programas escolares de sensibilización sobre el suicidio	Formación de profesores y agentes educativos para identificar los signos de alarma, los grupos de riesgo y la derivación
	Formación de los compañeros para identificar los signos de alarma, las actitudes y la articulación
	Programa de sensibilización sobre salud mental

Tabla 5. Principales intervenciones orientadas a la prevención del suicidio (elaboración propia).

Una de las medidas más importantes, como se ha mencionado anteriormente, es la intervención en fases previas al propio suicidio, donde la ideación suicida se considera el primer paso de lo que es un proceso continuo que se origina en la idealización mental del propio acto. De este modo, es conveniente ayudar e intervenir directamente desde la raíz del problema, para tratar de evitar la estructuración de un pensamiento rígido relacionado con las ideas de muerte, ya que, una vez alcanzado este nivel, estas ideas son muy difíciles de cambiar, y en un gran número de casos, desgraciadamente, culminan en la consumación del acto.

Se han hecho sólo pequeños avances en la prevención de estos comportamientos y hay escasas pruebas de intervenciones terapéuticas eficaces. El desarrollo y la evaluación de nuevas intervenciones psicosociales destinadas a reducir las autolesiones y el suicidio deberían ser una prioridad, y deberían incluir intervenciones online, ya que nos encontramos ante una generación muy conectada a las tecnologías y, por lo tanto, bastante susceptible a estos medios.

Afortunadamente, aunque se trata de fenómenos complejos, estos comportamientos pueden prevenirse. El diagnóstico de los trastornos mentales y su tratamiento adecuado contribuyen de forma significativa a reducir las tasas de suicidio. Deben aplicarse medidas para promover la restricción del acceso a los medios de suicidio, incluido el acceso a las armas de fuego. El desarrollo y el análisis de los medios de comunicación y la creación de líneas telefónicas de ayuda, a través de organizaciones de la sociedad civil, más cercanas al ciudadano, son esenciales. Reducir el estigma asociado a los problemas de salud mental es también un reto importante: visibilizar la salud mental, dar voz a las enfermedades mentales, o incluso normalizar “no estar bien” y buscar ayuda psicológica debería ser uno de nuestros objetivos como sociedad en la época en la que vivimos, y a que el tabú no hace que dicha realidad desaparezca, solo nos aleja de ella y de su posible tratamiento.

En cuanto a los medios de comunicación, estos tienen un papel fundamental y, como tal, deberían empezar a prestar más atención a esta cuestión, así como dirigirla adecuadamente. Aumentar la cantidad de noticias "felices" y exitosas sobre los casos de intentos de suicidio, hablar abiertamente sobre la incidencia y tendencia de las cifras de suicidio en la población general, dando siempre especial énfasis a las medidas de prevención, así como dar a conocer toda la ayuda que se puede encontrar, sensibilizando no sólo a las personas y adolescentes que están pasando por estas situaciones, sino también a la comunidad que tiene un papel fundamental en este tema y puede y debe ser más intervencionista. El mensaje implícito debe ser claro: el suicidio nunca es la respuesta, la respuesta es buscar ayuda. Como tienen un papel tan importante en la lucha contra el suicidio, la OMS incluye en sus acciones herramientas y guías para los profesionales de los medios de comunicación que incluyen los métodos más adecuados que deben utilizar para compartir la información de estos casos específicos.

Dado el complejo mecanismo de estos comportamientos, parece poco probable que una sola intervención sea suficiente para combatir este problema crítico. En su lugar, se necesita una estrategia de intervención global e integrada que implique a varios ámbitos, como el propio individuo, su familia, su escuela, su comunidad y el sistema sanitario.

España es de los pocos países de la UE que no tiene la especialidad de psiquiatría en niños y adolescentes y, aunque cada vez se conozca más acerca del suicidio, muchas veces los adolescentes son identificados y, consecuentemente, tratados como adultos en este sentido. Hay poca información específica respecto a las características propias de un joven con ideación suicida en relación con un adulto. Además, la evaluación de la conducta y riesgo suicidas no está extendida entre los profesionales sanitarios y, cuando se realiza, no siempre reúne los criterios de calidad adecuados.

Conjuntamente, sería importante la aprobación e implementación de una ley del suicidio a nivel nacional con apartados específicos para este rango de edad. Es imprescindible la prevención, destinar fondos y solucionar el déficit de pediatras en el sistema nacional de salud, ya que los adolescentes de hoy son la generación futura y la labilidad en su salud mental solo nos empuja a un mundo mentalmente enfermo.



Figura 12. Principales estrategias de prevención del suicidio (elaboración propia).

Conclusiones

La prevención y la detección precoz de las conductas suicidas en los adolescentes es esencial y puede conducir a medidas para salvar vidas. Es de suma importancia dedicar más esfuerzos en la investigación sobre el tema del suicidio en la adolescencia en España.

Resulta imprescindible reforzar la intervención especializada y precoz para la prevención de las conductas autolesivas y las conductas suicidas, con programas bien estructurados aplicados por los equipos de salud mental y psiquiatría.

Tras la revisión realizada se ha llegado a las siguientes conclusiones:

- 1- En el comportamiento suicida de los jóvenes intervienen una multitud de factores que, pudiendo actuar de forma única o acumulativa hacen de este un problema complejo. Una respuesta eficaz es la identificación de estos factores y promoción de medidas apropiadas e individualizadas.
- 2- En la adolescencia existen características específicas que no se encuentran en otros grupos etarios y que son también diferentes entre los dos sexos. Entre los factores de riesgo destacan: pobre habilidad para la resolución de problemas, antecedentes de conductas agresivas, consumo de tóxicos, y fundamentalmente el intento de suicidio previo.
- 3- Los factores protectores tienen un papel cada vez más importante en la prevención del suicidio. Fortalecer las relaciones de los adolescentes con su familia o sus amigos, reforzar sus habilidades individuales y sociales y fortalecer sus sentimientos de pertenencia a su entorno tienen un papel fundamental.
- 4- Internet y los medios de comunicación son actualmente una de las principales claves, no solo en la divulgación de información sobre el suicidio sino también en la promoción de las medidas preventivas. Los jóvenes son muy susceptibles al “contagio suicidio”, y es imprescindible dar a conocer todas las medidas de ayuda que estos jóvenes pueden encontrar.
- 5- Actualmente, la prevención juega un papel fundamental en la disminución de las cifras de suicidio. Actuar precozmente en el ámbito familiar, en el sanitario, en el bullying en las escuelas y en el entrenamiento de habilidades puede ayudar a conseguir evitar muchos intentos de suicidio, así como sus consumaciones.
- 6- Se considera importante la formación de más profesionales, (educadores, médicos de atención primaria y pediatras) para que sean capaces de identificar este colectivo más vulnerable y poseer las herramientas necesarias para la detección precoz de los comportamientos de riesgo.
- 7- Durante la pandemia se han agravado los problemas de salud mental y las cifras de suicidio en adolescentes han aumentado. Sería importante una mayor concienciación y conocimiento de la población sobre este problema porque todos, como sociedad, podemos y debemos tener un papel más activo.

Bibliografía

1. Preventing suicide: a global imperative, Who.int. [citado el 17 de abril de 2022]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779_eng.pdf;jsessionid=E6461B966633D3843C995F6CD42394E7?sequence=1
2. Ispa.pt. [citado el 17 de abril de 2022]. Disponible en: <https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/2270/1/14501.PDF>
3. Shneidman ES. Aphorisms of suicide and some implications for psychotherapy. *Am J Psychother* [Internet]. 1984;38(3):319–28. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.1984.38.3.319>
4. Kutcher SP, Chehil S. *Suicide risk management: A manual for health professionals*. Kutcher S, Chehil S, editores. Londres, Inglaterra: Blackwell Publishing; 2006.
5. Hawton K, Saunders KEA, O'Connor RC. Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet* [Internet]. 2012;379(9834):2373–82. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60322-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60322-5)
6. Turecki G, Brent DA. Suicide and suicidal behaviour. *Lancet* [Internet]. 2016;387(10024):1227–39. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00234-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00234-2)
7. Acms.es. [citado el 17 de abril de 2022]. Disponible en: https://acms.es/wp-content/uploads/2018/11/durkheim_emile_-_las_reglas_del_metodo_sociologico_0.pdf
8. Leenaars AA, Shneidman ES, Melville H, Dick M, Edwin S. Shneidman on Suicide [Internet]. *Suicidology-online.com*. 2010 [citado el 17 de abril de 2022]. Disponible en: <http://www.suicidology-online.com/pdf/SOL-2010-1-5-18.pdf>
9. Silverman MM, Berman AL, Sanddal ND, O'carroll PW, Joiner TE. Rebuilding the tower of Babel: a revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. Part 1: Background, rationale, and methodology. *Suicide Life Threat Behav* [Internet]. 2007;37(3):248–63. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1521/suli.2007.37.3.248>
10. Silverman MM, Berman AL, Sanddal ND, O'carroll PW, Joiner TE. Rebuilding the tower of Babel: a revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. Part 2: Suicide-related ideations, communications, and behaviors. *Suicide Life Threat Behav* [Internet]. 2007;37(3):264–77. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1521/suli.2007.37.3.264>
11. Andover MS, Morris BW, Wren A, Bruzzese ME. The co-occurrence of non-suicidal self-injury and attempted suicide among adolescents: distinguishing risk factors and psychosocial correlates. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* [Internet]. 2012;6(1):11. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/1753-2000-6-11>
12. Groschwitz RC, Kaess M, Fischer G, Ameis N, Schulze UME, Brunner R, et al. The association of non-suicidal self-injury and suicidal behavior according to DSM-5 in adolescent psychiatric inpatients. *Psychiatry Res* [Internet]. 2015;228(3):454–61. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2015.06.019>
13. Coleman JC. *The nature of adolescence*, 4th edition. 4a ed. Londres, Inglaterra: Routledge; 2011.
14. Shaffer DR, Kipp K. *Developmental psychology: Childhood & adolescence*. 9a ed. Florence, KY, Estados Unidos de América: Heinle; 2013.

- 15.**Rutter M. Developing minds: Challenge and continuity across the lifespan. Londres, Inglaterra: Basic Books; 1993.
- 16.**Braconnier A. Guía del adolescente. Síntesis; 2003.
- 17.**Greydanus DE, Shek D. Deliberate self-harm and suicide in adolescents. *Keio J Med* [Internet]. 2009;58(3):144–51. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2302/kjm.58.144>
- 18.**Anes E, Silva N, Silva S. Suicídio: um problema de saúde pública. En: *Jornadas de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do IPB. Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde*; 2013. p. 524–32.
- 19.**Picazo-Zappino J. Suicide among children and adolescents: a review. *Actas Esp Psiquiatr*. 2014;42(3):125–32.
- 20.**Canales J. Suicidio: Decision definitiva Al problema temporal: Para dejar de sufrir, no es necesario Que mueras. Bloomington, MN: Palibrio; 2013.
- 21.**Suicide: one person dies every 40 seconds [Internet]. Who.int. [citado el 17 de abril de 2022]. Disponible en: <http://www.who.int/news-room/detail/09-09-2019-suicide-one-person-dies-every-40-seconds>
- 22.**Värnik A, Kõlves K, van der Feltz-Cornelis CM, Marusic A, Oskarsson H, Palmer A, et al. Suicide methods in Europe: a gender-specific analysis of countries participating in the “European Alliance Against Depression”. *J Epidemiol Community Health* [Internet]. 2008;62(6):545–51. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/jech.2007.065391>
- 23.**Suicide death rate by age group. Eurostat. [citado el 1 de abril de 2022]<https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00202/default/table?lang=en>
- 24.**Instituto Nacional de Estadística. (National Statistics Institute) [Internet]. Ine.es. [citado el 17 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?padre=8277&capsel=8279>
- 25.**De Leo D, Burgis S, Bertolote JM, Kerkhof AJFM, Bille-Brahe U. Definitions of suicidal behavior: Lessons learned from the WHO/EURO Multicentre Study. *Crisis*. 2006;27(1):4-15. doi:10.1027/0227-5910.27.1.4.
- 26.**World Health Organization. Prevención del suicidio: recurso para consejeros. 2006 [citado el 17 de abril de 2022]; Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/69472>
- 27.**Pandey GN. Biological basis of suicide and suicidal behavior. *Bipolar Disord* [Internet]. 2013;15(5):524–41. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/bdi.12089>
- 28.**Bridge JA, Goldstein TR, Brent DA. Adolescent suicide and suicidal behavior. *J Child Psychol Psychiatry* [Internet]. 2006;47(3–4):372–94. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01615.x>
- 29.**Gonçalves Da Silva V. Suicídio: um grito silenciado 2012 [Internet]. *Psicologia.pt*. [citado el 17 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0637.pdf>
- 30.**Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and suicidal behavior. *Epidemiol Rev* [Internet]. 2008;30(1):133–54. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1093/epirev/mxn002>

- 31.**Zanus C, Battistutta S, Aliverti R, Montico M, Cremaschi S, Ronfani L, et al. Adolescent admissions to Emergency Departments for Self-Injurious Thoughts and Behaviors. *PLoS One* [Internet]. 2017;12(1):e0170979. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0170979>
- 32.**Nock MK, Joiner TE Jr, Gordon KH, Lloyd-Richardson E, Prinstein MJ. Non-suicidal self-injury among adolescents: diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Res* [Internet]. 2006;144(1):65–72. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2006.05.010>
- 33.**Ribeiro JD, Franklin JC, Fox KR, Bentley KH, Kleiman EM, Chang BP, et al. Self-injurious thoughts and behaviors as risk factors for future suicide ideation, attempts, and death: a meta-analysis of longitudinal studies. *Psychol Med* [Internet]. 2016;46(2):225–36. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1017/s0033291715001804>
- 34.**Poorolajal J, Haghtalab T, Farhadi M, Darvishi N. Substance use disorder and risk of suicidal ideation, suicide attempt and suicide death: a meta-analysis. *J Public Health (Oxf)* [Internet]. 2016;38(3):e282–91. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1093/pubmed/fdv148>
- 35.**du Roscoät E, Legleye S, Guignard R, Husky M, Beck F. Risk factors for suicide attempts and hospitalizations in a sample of 39,542 French adolescents. *J Affect Disord* [Internet]. 2016;190:517–21. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2015.10.049>
- 36.**Cash SJ, Bridge JA. Epidemiology of youth suicide and suicidal behavior. *Curr Opin Pediatr* [Internet]. 2009;21(5):613–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/MOP.0b013e32833063e1>
- 37.**Stolle M, Sack P-M, Thomasius R. Binge drinking in childhood and adolescence: epidemiology, consequences, and interventions. *Dtsch Arztebl Int* [Internet]. 2009;106(19):323–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3238/arztebl.2009.0323>
- 38.**Hill RM, Castellanos D, Pettit JW. Suicide-related behaviors and anxiety in children and adolescents: a review. *Clin Psychol Rev* [Internet]. 2011;31(7):1133–44. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2011.07.008>
- 39.**Gould MS, Greenberg T, Velting DM, Shaffer D. Youth suicide risk and preventive interventions: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 2003;42(4):386–405. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/01.CHI.0000046821.95464.CF>
- 40.**Evans E, Hawton K, Rodham K. Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: a systematic review of population-based studies. *Clin Psychol Rev* [Internet]. 2004;24(8):957–79. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2004.04.005>
- 41.**Arnarsson A, Sveinbjornsdottir S, Thorsteinsson EB, Bjarnason T. Suicidal risk and sexual orientation in adolescence: a population-based study in Iceland. *Scand J Public Health* [Internet]. 2015;43(5):497–505. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/1403494815585402>
- 42.**Brent DA, Mann JJ. Family genetic studies, suicide, and suicidal behavior. *Am J Med Genet C Semin Med Genet* [Internet]. 2005;133C(1):13–24. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/ajmg.c.30042>
- 43.**Yen S, Kuehn K, Tezanos K, Weinstock LM, Solomon J, Spirito A. Perceived family and peer invalidation as predictors of adolescent suicidal behaviors and self-mutilation. *J Child Adolesc Psychopharmacol* [Internet]. 2015;25(2):124–30. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1089/cap.2013.0132>

- 44.**Hoertel N, Franco S, Wall MM, Oquendo MA, Wang S, Limosin F, et al. Childhood maltreatment and risk of suicide attempt: a nationally representative study: A nationally representative study. *J Clin Psychiatry* [Internet]. 2015;76(7):916–23; quiz 923. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4088/JCP.14m09420>
- 45.**Pires ALD, Miyazaki MCOS. Maus-tratos contra crianças e adolescentes: revisão da literatura para profissionais da saúde Children and adolescents maltreatment: a literature review for health professionals [Internet]. *Famerp.br*. [citado el 17 de abril de 2022]. Disponible en: <https://repositorio-racs.famerp.br/Vol-12-1/08%20-%20id%20102.pdf>
- 46.**O'Brien BS, Sher L. Child sexual abuse and the pathophysiology of suicide in adolescents and adults. *Int J Adolesc Med Health* [Internet]. 2013;25(3):201–5. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1515/ijamh-2013-0053>
- 47.**van Geel M, Goemans A, Vedder P. A meta-analysis on the relation between peer victimization and adolescent non-suicidal self-injury. *Psychiatry Res* [Internet]. 2015;230(2):364–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2015.09.017>
- 48.**Breton J-J, Labelle R, Berthiaume C, Royer C, St-Georges M, Ricard D, et al. Protective factors against depression and suicidal behaviour in adolescence. *Can J Psychiatry*. 2015;60(2 Suppl 1):S5–15.
- 49.**Novel Coronavirus(2019-nCoV) Situation Report – 12, Who int [citado el 17 de abril de 2022]. Disponible en: http://www.who.int/docs/defaultsource/coronaviruse/situation-reports/20200407-sitrep-78-covid-19.pdf?sfvrsn=bc43e1b_2.
- 50.**Children's socio-emotional skills and the home environment during the COVID-19 crisis [Internet]. *Voxeu.org*. [citado el 17 de abril de 2022]. Disponible en: <https://voxeu.org/article/children-s-socio-emotional-skills-and-home-environment-during-covid-19-crisis>
- 51.**Thomson E, McLanahan SS. Reflections on “family structure and child well-being: Economic resources vs. Parental socialization”. *Soc Forces* [Internet]. 2012;91(1):45–53. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1093/sf/sos119>
- 52.**Jiao WY, Wang LN, Liu J, Fang SF, Jiao FY, Pettoello-Mantovani M, et al. Behavioral and emotional disorders in children during the COVID-19 epidemic. *J Pediatr* [Internet]. 2020;221:264-266.e1. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpeds.2020.03.013>
- 53.**Orgilés M, Morales A, Delvecchio E, Mazzeschi C, Espada JP. Immediate psychological effects of the COVID-19 quarantine in youth from Italy and Spain [Internet]. *PsyArXiv*. 2020. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.31234/osf.io/5bpfz>
- 54.**Wang G, Zhang Y, Zhao J, Zhang J, Jiang F. Mitigate the effects of home confinement on children during the COVID-19 outbreak. *Lancet* [Internet]. 2020;395(10228):945–7. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30547-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30547-X)
- 55.**Jerónimo MA, Piñar S, Samos P, Gonzalez AM, Bellsolà M, Sabaté A, et al. Intentos e ideas de suicidio durante la pandemia por COVID-19 en comparación con los años previos. *Rev Psiquiatr Salud Ment* [Internet]. 2021; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2021.11.004>
- 56.**Marchiori H. Criminología, delito y personalidad. Buenos Aires, Argentina: Marcos Lerner; 1990.

- 57.** Bancroft J, Marsack P. The repetitiveness of Selfpoisoning and Selfinjury. Oxford, England: Brit. Psychiatric; 1977.
- 58.** Solomon Z, Mikulincer M. Life events and combat-related posttraumatic stress disorder: The intervening role of locus of control and social support. *Mil Psychol* [Internet]. 1990;2(4):241–56. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1207/s15327876mp0204_4
- 59.** Moron P, Revueltas JCC. El suicidio. México: Cruz; 1987.
- 60.** Chávez-Hernández A-M, Leenaars AA, Ana-María D. Edwin S Shneidman y la suicidología moderna [Internet]. Redalyc.org. [citado el 17 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/582/58216022008.pdf>
- 61.** Suicide prevention [Internet]. Who.int. [citado el 17 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/health-topics/suicide>
- 62.** De P. prevención do suicidio [Internet]. Sergas.gal. [citado el 17 de abril de 2022]. Disponible en: https://runa.sergas.gal/xmlui/bitstream/handle/20.500.11940/12821/Plan%20Suicidio_Galego.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- 63.** Shaffer D, Pfeffer CR, Bernet W, et al. Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Suicidal Behavior. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001;40(7):24S - 51S. doi:10.1097/00004583-200107001-00003.
- 64.** Korczak DJ. Suicidal ideation and behaviour. *Paediatr child Heal*. 2015;20(5):257-264. <http://dx.doi.org/>.
- 65.** Jans T, Taneli Y, Warnke A. Suicide and Self-Harming Behaviour. In: *IACAPAP E-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions. ; 2012:1-35.
- 66.** Calear AL, Christensen H, Freeman A, et al. A systematic review of psychosocial suicide prevention interventions for youth. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2015. doi:10.1007/s00787-015-0783-4.